

**Drogenkonsum in der Arbeitswelt Deutschlands
die Rolle betrieblichen Drogenscreenings**

DISSERTATION

**zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)**

**vorgelegt dem Rat der medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

von

Barbara Jawork

geboren am 6. April 1977 in Weißenhorn

Gutachter

- 1. Prof. Dr. R. Schiele, Jena**
- 2. Prof. Dr. D. Müller, Jena**
- 3. Prof. Dr. Dr. R. Kessel, Lübeck**

Tag der öffentlichen Verteidigung: 8. Oktober 2007

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Einleitung	7
1.1. Illegale Drogen	7
1.1.1. Definition	7
1.1.2. Die verschiedenen Stoffgruppen und deren Wirkweisen	9
1.1.3. Konsumententypen	11
1.2. Drogenkonsum in Deutschland	12
1.2.1. Überblick über die wichtigsten Entwicklungen und Charakteristika des Drogenkonsums seit 1960	12
1.2.2. Die aktuelle Drogensituation in Deutschland und deren Tendenz	13
1.2.2.1. Übersicht über die Datenquellen	13
1.2.2.2. Ergebnisse	13
1.2.2.2.1. Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums	14
1.2.2.2.3. Tendenz des Drogenkonsums	19
2. Zielstellungen	20
3. Material und Methoden	21
3.1. Betriebliche Drogenpolitik in Deutschland	21
3.1.1. Geschichte der betrieblichen Suchtarbeit	21
3.1.2. Neuere Entwicklungen in der betrieblichen Suchtarbeit	23
3.2. Drogenscreeninguntersuchungen	24
3.2.1. Grundlagen von Immunoassays und Teststäbchen	24
3.2.2. Das Untersuchungsmaterial	26
3.2.3. Was bedeutet „Screening“?	30
3.2.4. Qualitative, semiquantitative und quantitative Verfahren	30
3.2.5. Sensitivität und Nachweisgrenzen	31
3.2.6. Der Cut-off- Wert	31
3.2.7. Spezifität und Kreuzreaktivität	32
3.2.8. In Vivo- und In Vitro-Einflüsse	33
3.2.8.1. Biotransformation und Pharmakokinetik	33
3.2.8.2. Mindesterkennungszeit und maximale Nachweiszeit	34
3.2.8.3. In Vitro-Einflüsse	35
3.2.9. Notwendigkeit der Bestätigungsanalytik	35
3.2.10. Einzelne Testsubstanzen	36
3.3. Die Drogenproblematik in den USA - betriebliches Drogenscreening	41
3.3.1. Überblick über die Entwicklung des Drogenproblems in den USA	42
3.3.2. Geschichte des betrieblichen Drogenscreenings in den USA	44
3.3.3. Aktuelle Situation des betrieblichen Drogenscreenings in den USA	46
3.3.3.1. Staatliches und privates Drogenscreening	46
3.3.3.2. Verbreitung des Drogenscreening und Tendenz	47
3.3.3.3. Hintergründe der Einführung betrieblicher Drogenscreeningprogramme	48
3.3.3.4. Rechtliche Gesichtspunkte zum betrieblichen Drogenscreening in den USA	50
3.3.3.5. Das Employee Assistance Programm	52
3.3.3.6. Probleme und Erfolge im Zusammenhang mit betrieblichem Drogenscreening in den USA	54
4. Ergebnisse	56

4.1. Bedeutung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt in Deutschland	56
4.1.1. Illegale Drogen in der Arbeitswelt in Deutschland - Situations-beschreibung	56
4.1.2 Wechselwirkungen zwischen Drogenkonsum und Arbeitswelt	58
4.1.2.1. Auswirkungen der Arbeitsumgebung auf den Drogenkonsum Beschäftigter	58
4.1.2.2. Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Arbeitswelt	59
4.1.2.2.1. Drogenkonsum und Produktivität	59
4.1.2.2.2. Drogenkonsum und Arbeitssicherheit	59
4.1.2.2.3. Beeinflussung der psychophysischen Leistungsfähigkeit durch Drogen	60
4.1.2.2.3.1. Drogen und die psychologische Systematik der Informationbsverarbeitung	61
4.1.2.2.3.2. Dauer der psychophysischen Beeinflussung durch Drogen.....	64
4.1.3. Rechtliche Aspekte zum Drogenkonsum am Arbeitsplatz.....	66
4.1.3.1. Verpflichtungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezüglich der Arbeitssicherheit	66
4.1.3.1.1. Pflichten des Arbeitgebers	66
4.1.3.1.2. Pflichten des Arbeitnehmers	67
4.1.3.1.3. Wie kann der Arbeitgeber seiner Kontrollpflicht nachkommen wenn vom Arbeitnehmer Drogen konsumiert wurden.....	67
4.1.3.1.3.1. Theoretische Überlegungen.....	67
4.1.3.1.3.2. Arbeitsmedizinische Untersuchung und Drogenscreening nach geltendem Recht.....	68
4.1.3.1.3.3. Konsequenzen bei festgestelltem Drogenkonsum eines Beschäftigten	70
4.2. Die Bedeutung betrieblichen Drogenscreenings in Deutschland	71
4.2.1. Betriebliches Drogenscreening im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten	71
4.2.2. Die Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings	72
4.2.2.1. Der Einfluss betrieblichen Drogenscreenings auf die Verbreitung des Drogenkonsums unter den Beschäftigten	72
4.2.2.2. Die Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings auf Arbeitssicherheit und Arbeitsleistung.....	76
4.2.2.3. Kosteneffektivität von Drogenscreening und betrieblichen Drogenhilfe- programmen.....	78
4.2.2.4. Die Akzeptanz betrieblichen Drogenscreenings	81
4.2.2.5. Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings auf den Arbeitsmarkt.....	83
4.2.2.6. Ethische Aspekte betrieblichen Drogenscreenings	83
5. Diskussion der Ergebnisse	89
5.1. Bedeutung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt Deutschlands.....	89
5.1.1. Drogenkonsumverhalten von Beschäftigten in Deutschland	89
5.1.2. Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Arbeitswelt	89
5.1.2.1. Beeinflussung der psychophysischen Leistungsfähigkeit durch Drogen	89
5.1.2.2. Drogenkonsum und Arbeitssicherheit	90
5.1.2.3. Drogenkonsum und Produktivität	91
5.1.3. Rechtliche Aspekte zum Drogenkonsum am Arbeitsplatz.....	92
5.2. Bedeutung des betrieblichen Drogenscreenings.....	93
5.2.1. Betriebliches Drogenscreening im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten	94
5.2.2. Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings	95
6. Schlussfolgerungen.....	96
Literatur- und Quellenverzeichnis.....	98

Zusammenfassung

Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema des Drogenscreenings in der Arbeitswelt in Deutschland vor dem Hintergrund einer zunehmend größer werdenden Gefahr, ausgehend vom Drogenkonsum von Arbeitnehmern. Zielstellungen der Arbeit sind die Darstellung der Bedeutung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt und der Rolle des betrieblichen Drogenscreenings in Deutschland.

Zu Beginn wird die Entwicklung des Drogenkonsums in Deutschland beschrieben. Dabei wird deutlich, dass das aktuelle Ausmaß des Drogenkonsums in der Bevölkerung sowie die weiterhin zu erwartenden diesbezüglichen Entwicklungen, welche sich ebenso für den Bereich der Arbeitswelt abzeichnen, Konsequenzen, auch von Seiten der Verantwortlichen an den Arbeitsplätzen, fordern. Denn es ist hinlänglich bekannt, dass Drogenkonsum zu gravierenden Konzentrations- und Leistungseinbußen beim Betroffenen führen kann und dass damit von Drogen konsumierenden Beschäftigten zum einen Gefahr für die Arbeitssicherheit ausgeht und es zum anderen durch drogenbedingten Leistungsabfall zu Produktionseinbußen für Unternehmen kommt.

Es stellt sich die Frage, wie dem betrieblichen Drogenkonsum in sinnvoller Weise begegnet werden kann, nachdem er rechtzeitig erkannt wurde. In Folge wird sowohl auf die betrieblichen Suchthilfeprogramme und deren Entwicklung eingegangen, als auch das betriebliche Drogenscreening, als eine Methode, mit welcher der Drogenkonsum von Personen objektiviert werden kann, vorgestellt. Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchungsmethoden werden diskutiert und die mit der Durchführung von Drogenscreeninguntersuchungen verbundenen Folgen für die Beteiligten beachtet. Eine Beurteilung aus ethischer Sicht schließt die Diskussion, welche in Zusammenschau der Einzelaspekte und unter genannten Voraussetzungen, stark die Durchführung von betrieblichen Drogenscreeninguntersuchungen unterstützt.

Bei der Beschäftigung mit der betrieblichen Drogenpolitik fallen die derzeit bestehenden Mängel bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen auf. Durch diese wird die betriebliche Suchtarbeit nur ungenügend unterstützt, teilweise auch wesentlich behindert.

In der Arbeit wurden, unter Zuhilfenahme der entsprechenden Literatur, konkrete Mängel in der Gesetzgebung festgestellt und die Erfordernisse, auf welche bei einer Verbesserung derselben eingegangen werden muss, benannt.

Da die USA eine Voreiterrolle bezüglich des betrieblichen Drogenscreenings einnehmen, wurde die Tatsache genutzt, in einem eigenen Abschnitt einen Überblick über die langjährigen Entwicklungen des Drogenkonsums und der betrieblichen Drogenpolitik in den

USA zu geben. Erfolge sowie Fehlentwicklungen in der betrieblichen Drogenpolitik der USA werden dabei aufgezeigt, mit dem Ziel, die bereits vorhandenen Erfahrungen auch für das künftige Handeln in Deutschland nutzbar zu machen.

1. Einleitung

In Deutschland finden sich zunehmend Publikationen im Zusammenhang mit betrieblichem Drogenscreening, aber auch zum Thema illegaler Drogen in der Arbeitswelt allgemein. Und trotz des wachsenden Interesses am Thema, stehen bislang, zumindest aus deutschen Quellen, noch recht wenig tiefergehende Informationen zum Thema zur Verfügung. Zum einen entwickelt sich das Interesse am Thema erst während der letzten Jahre allmählich. Zum anderen werden die Möglichkeiten zur Durchführung entsprechender wissenschaftlicher Untersuchungen durch das deutsche Recht stark eingeschränkt.

Trotzdem wird das Thema von verschiedenen Seiten, v. a. von Arbeits- und Rechtsmedizinern, aber auch von Gewerkschaften, Juristen u. a. aufgegriffen. Dabei wird jeweils auf die Notwendigkeit der tiefergehenden Auseinandersetzung mit dem Thema hingewiesen und es werden, aus den unterschiedlichen Perspektiven, konkrete Probleme aufgezeigt und teilweise auch Vorschläge zur Begegnung einzelner Punkte des weiten Problemfeldes geliefert.

Die vorliegende Arbeit wurde mit der Absicht verfasst, Wissen und Erfahrung, welche bis heute zum Thema Drogenkonsum am Arbeitsplatz und zu der Bedeutung betrieblichen Drogenscreenings vorliegen, in sinnvoller Weise zusammenzuführen, unter Hinzuziehung amerikanischer Daten, ein möglichst vollständiges Bild der Problematik zu geben und durch die Diskussion der einzelnen Aspekte, die bereits in Gang gekommenen Problemlösungsprozesse weiter zu unterstützen.

In den weiteren einleitenden Ausführungen werden die Themenbereiche der „illegalen Drogen“ sowie des „Drogenkonsum in Deutschland“ behandelt.

1.1. Illegale Drogen

1.1.1. Definition

Rauschmittel sind natürlich (z. B. Haschisch, Kokain, Opium), halbsynthetisch (z. B. Alkohol, Heroin) oder künstlich hergestellte (z. B. Weckamine, Barbiturate) Drogen, die durch eine jeweils typische Kombination von erregenden und dämpfenden Wirkungen auf das Zentralnervensystem zu einer Veränderung des Bewusstseinszustandes führen. Zu den Wirkungen gehören Enthemmung, Verschiebung der affektiven Gleichgewichtslage, Unterdrückung von Schmerzen und Unlustgefühlen, Erzeugung von Euphorie oder Halluzinationen. Alle Rauschmittel führen zu einer psychischen und/ oder physischen Abhängigkeit von der Droge und können die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des

Menschen gefährden und sein Sozialverhalten negativ beeinflussen. Die meisten Rauschmittel unterstehen dem Betäubungsmittelgesetz. (DIGEL und KWIATKOWSKI, 1992)

Dieses Gesetz stellt den ungesetzlichen Gebrauch von, in den Anlagen zum Gesetz aufgezählten, Betäubungsmitteln unter Strafe und regelt zusammen mit der Betäubungsmittelverordnung die ärztlich indizierte Verwendung von Betäubungsmitteln.

Im BtMG wird unterschieden zwischen nicht verkehrsfähigen, verkehrs-, aber nicht verschreibungsfähigen und verkehrs- und verschreibungsfähigen Substanzen. (HILDEBRANDT 1998)

Von den, im Folgenden als illegale Drogen bezeichneten Rauschmittel besteht nach dem Betäubungsmittelgesetz ein Totalverbot u. a. für Heroin, Cannabis, LSD und Mescaline. Diese Substanzen sind sowohl verkehrs- als auch verschreibungsunfähig, es ist kein legaler Umgang mit den Substanzen möglich. (vgl. JUPP und HAMMER, 2002)

Eine Beschränkung auf die Verkehrsfähigkeit hat zur Folge, dass davon betroffene Substanzen, darunter z. B. Methylenedioxyamphetamin (Ecstasy) und Kokain, für Laborzwecke u. ä. verwendet, jedoch nicht für den menschlichen Gebrauch verschrieben werden dürfen. Und schließlich sind die verschreibungsfähigen Betäubungsmittel, wie z. B. Amphetamin, Metamphetamin, Methadon, Levomethadon und Morphin, zulässig im Rahmen der ärztlichen Therapie.

Die weitläufig verwendeten Einteilungen in „harte“ und „weiche“ Drogen berücksichtigen das Abhängigkeitspotential und die Stärke der psychotropen Wirkung von Drogen, aber auch gesundheitliche, politische, kulturelle und wirtschaftliche Aspekte. So zählt Cannabis allgemein als weiche, Heroin und andere Opiate als harte Drogen. Dazwischen liegen die Amphetamine, Halluzinogene und Kokain. Da die Unterscheidungskriterien jedoch keiner stringenten Systematik folgen und daher unterschiedlich ausfallen, scheinen sie wenig sinnvoll. (ULRICH 2000)

Das Betäubungsmittelstrafrecht, welches als Teil des Betäubungsmittelgesetzes, die Grundlage zur Bestrafung von illegalem Umgang mit Betäubungsmitteln darstellt, unterscheidet allerdings nicht zwischen „harten“ und „weichen“ Drogen. Dies bleibt den Strafgerichten überlassen, welche individuell entscheiden können, eventuell einen Heroindealer härter zu bestrafen, als einen Cannabisdealer. (vgl. JUPP und HAMMER, 2002)

Dem Grundsatz „Hilfe statt Strafe“ folgend, hat der Gesetzgeber unter bestimmten Voraussetzungen die Zurückstellung der Strafvollstreckung und unter Umständen die Anrechnung einer Therapie auf die Strafe geregelt. Zudem kann die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung absehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen ist, indem kein

öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter lediglich zum Eigenverbrauch in „geringer Menge“ mit Betäubungsmitteln umgeht. Wobei sich die „geringe Menge“ nach dem Wirkstoffgehalt, der Zahl der toxischen Dosen und der Gefährlichkeit der Betäubungsmittel richtet. So beginnt die „nicht geringe Menge“ bei Cannabis etwa bei 7,5g des Wirkstoffes THC, was einer Bruttomenge von 300 bis 750g oder durchschnittlich etwa 500 Konsumeinheiten entspricht. Dennoch ist die Polizei, nach dem Legalitätsprinzip, dazu angehalten, ausnahmslos jeden Umgang mit Drogen zu verfolgen und bei der zuständigen Staatsanwaltschaft anzuzeigen. Die Möglichkeit der Strafeinstellung liegt ausschließlich bei letzterer. (PÜTZ 2000)

1.1.2. Die verschiedenen Stoffgruppen und deren Wirkweisen

Man kann zwei große Wirkgruppen unterscheiden. Zum einen die überwiegend sedierenden, wie Opiate, Cannabis und LSD und die überwiegend stimulierenden, wie Kokain und Amphetamine mit Ecstasy. Folgende Stoffgruppen werden in Deutschland am häufigsten konsumiert:

Die psychotrop wirksamen Cannabinoide, die aus verschiedenen Teilen der Hanfpflanze (Blätter, Blütenteile, ölartige Stoffe sowie Harz) gewonnen werden, sind das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) bzw. das 11-Hydroxy-THC. Das Harz, die Blüten oder Blätter, werden als Haschisch (50 % THC) oder als Marihuana (2- 5 % THC) geraucht oder in Flüssigkeit aufgekocht getrunken. Das Öl kann auch in Speisen (z. B. Gebäck oder Konfekt) eingearbeitet konsumiert werden.

Die lipophilen Substanzen lagern sich in fettreichen Geweben wie dem Gehirn ab und erreichen ihren maximalen Plasmaspiegel im Falle der Inhalation nach ca. 5- 10 Minuten. Das Gefühl, „high“ zu sein stellt sich dann nach ca. 15- 30 Minuten ein und kann bis zu 6 Stunden andauern.

Haschisch ist billig, leicht verfügbar und wird weitläufig konsumiert. Wie auch die Diskussionen um die Legalisierung dieser „weichen“ Droge zeigen, wird sie in der Gesellschaft als harmlos eingestuft, was sich v. a. darauf bezieht, dass keine unmittelbaren Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum stehen. Darüber wird aber die besondere Gefahr dieser Substanzen, nämlich die Tatsache, dass der Wirkstoff aufgrund der lipophilen Eigenschaft besonders stark im Gehirn abgelagert wird, und dort lange verweilt, zu wenig beachtet.

Im Rauschzustand kann die Droge folgende psychische Zustände hervorrufen: Neben Zufriedenheit oder Hochstimmung kommt es zu Unruhe, Gereiztheit, Apathie und evtl.

Halluzinationen. Physisch kann sich der Cannabiskonsum in erweiterten Pupillen, geröteten Augenbindehäuten, Übelkeit oder Schläfrigkeit äußern.

Beim Dauergebrauch äußert sich die chronische Intoxikation im typischen Unmotivationssyndrom, gekennzeichnet durch Nachlassen von Antrieb, Gedächtnis, Interesse und Motivation, zunehmender Isolierung, Verlust von Kritik- und Urteilsfähigkeit, der Beeinträchtigung von intellektuellen Fähigkeiten und Aufmerksamkeitsstörungen.

Nachweisbar sind die Abbauprodukte der Cannabinoide im Urin bei seltenem Gebrauch ungefähr 2 Wochen, bei regelmäßigem Konsum hingegen bis zu 2 Monaten nach dem letzten Konsum.

Heroin (Diazetylmorphin) und andere Opiate, wie Morphin und Codein (welche in Medikamenten vorkommen), werden aus dem Saft der Schlafmohnkapsel gewonnen. Vom Körper werden die Substanzen alle zu Morphin verstoffwechselt und als solches im Harn ausgeschieden.

Als Droge werden Opiate geraucht oder i. v. injiziert. Bereits wenige Sekunden nach der Injektion stellt sich ein von Glücksgefühl und Entspannung geprägter Rauschzustand ein, der 10 bis 30 Minuten anhält. Dem Rauschzustand folgt eine 2- bis 6-stündige Phase der Antriebsminderung, Lethargie und Somnolenz, die meist als angenehm erlebt wird. Die physischen Auswirkungen von Opiaten sind allgemein zentral dämpfend, was sich in Atemdepression, Analgesie, Schläfrigkeit und verengten Pupillen äußert.

Die große Gefahr dieser Substanz besteht in der schnellen Toleranzentwicklung, durch welche die berauschende Dosis schnell in die Nähe der tödlichen kommt. Darüber hinaus kann der Konsum Abhängigkeit verursachen. Nachweisbar sind Opiate im Urin bis zu 72 Stunden.

Kokain wird aus den Blättern des Coca-Strauches gewonnen oder aber synthetisch hergestellt und in Form eines weißen Pulvers oder als Lösung angeboten. Es kann geschnupft, geraucht, geschluckt oder injiziert werden. Bei der oralen und langsamsten Aufnahme setzt die Wirkung nach etwa 5-20 Minuten ein und dauert ca. 45-90 Minuten. Kokain wirkt zentral stimulierend. Es verursacht beim Konsumenten das Gefühl der Euphorie, vermehrte Vigilanz, sexuelle Stimulation und führt zur Selbstüberschätzung. Gleichzeitig werden Hunger und Müdigkeit nicht mehr wahrgenommen, der Konsument fühlt sich „leistungsfähiger“.

Physische Anzeichen sind erweiterte Pupillen, Anstieg der Herzfrequenz und Beschleunigung der Atmung. Kokaingebrauch kann Abhängigkeit verursachen. Kokain kann etwa 3 Tage lang im Urin nachgewiesen werden.

Amphetamine sind synthetisch hergestellte Abkömmlinge von Ephedrin und anderen Aminen. Sie stimulieren das zentrale Nervensystem und wirken dadurch euphorisierend und

leistungssteigernd. Neben ihrer Verwendung zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, werden aus ihnen die sogenannten Designerdrogen hergestellt (wie z. B. Ecstasy), die als weißes Pulver oder als bunte Tabletten angeboten werden.

Ihre Wirkung beruht auf der Freisetzung von Katecholaminen im Gehirn und beginnt wenige Minuten bis zu einer halben Stunde nach Einnahme und hält Stunden an. Sie äußert sich in Stimmungssteigerung und Wohlfühl, erhöhter Sensitivität, Kommunikationsbedürfnis und Enthemmung und macht Ecstasy als Partydroge sehr beliebt. Zum Teil kommt es auch zu halluzinogenen Wirkungen.

Physische Auswirkungen der Droge sind starke Herzfrequenzsteigerung, verminderter Durst und Appetit. Ihr Konsum führt zwar nicht zur körperlichen, jedoch schnell zu einer starken psychischen Abhängigkeit. Amphetamine sind etwa 3 Tage im Urin nachweisbar.

Weitere illegale psychoaktive Substanzen sind Halluzinogene wie LSD oder psilocybinhaltige Pilze. (KLEINSORGE 2003)

1.1.3. Konsumententypen

Es werden vier Konsumententypen unterschieden:

Eine große Gruppe sind ausschließlich Cannabis-konsumierende, welche die Droge zumindest in einem bestimmten Lebensabschnitt konsumieren und unauffällig leben, ohne größere Probleme durch ihren Konsum zu haben.

Daneben existiert eine große Gruppe junger Leute mit multiplem Drogenkonsum, wobei Cannabis zwar dominiert, zudem aber Ecstasy und Amphetamine gebraucht werden. Jene haben häufig einen Bezug zur Techno- oder Rave-Szene. Zunehmend werden in diesen Szenen außerdem LSD und Kokain beliebter.

Eine dritte Gruppe bilden die Heroinkonsumenten, bei denen häufig noch Beigebrauch von Kokain, Cannabis und Alkohol besteht und deren Drogenkonsum sich als äußerst problematisch für sämtliche Lebensbereiche erweist.

Zuletzt ist die Gruppe der ausschließlich Kokain-konsumierenden zu nennen, die zwar größer, aber auch unauffälliger und weniger problematisch ist, als die der Heroinkonsumenten. (SIMON et al., 2002)

1.2. Drogenkonsum in Deutschland

1.2.1. Überblick über die wichtigsten Entwicklungen und Charakteristika des Drogenkonsums seit 1960

In den 60er Jahren kam es erstmals zu einer weiten Verbreitung des Drogengebrauchs in Deutschland. Damals gewann der Konsum von Drogen, wie Cannabis oder Heroin, an Bedeutung. Zuvor war der Drogengebrauch auf spezielle Gruppen beschränkt, die vor allem Opiate oder Kokain konsumierten, ein weit verbreiteter Konsum bestand dagegen nicht.

Ende der 60er Jahre nahm vor allem der Konsum von Cannabis und LSD zu. Reagiert wurde darauf 1972 mit der Verabschiedung eines neuen Betäubungsmittelgesetzes, welches der zunehmenden Drogenproblematik Einhalt gebieten sollte. Trotzdem kam es zu einem erheblichen Anstieg des bis dahin recht stabilen Cannabiskonsums. Heute ist dieser in allen Regionen und sozialen Schichten verbreitet.

Der Konsum von LSD nahm Mitte der 70er Jahre deutlich ab und blieb bis Mitte der 80er Jahre ein relativ kleines Problem.

Der Heroinkonsum in Deutschland nahm Mitte der 70er Jahre zu und hielt sich danach auf konstantem Niveau. Er konzentriert sich vor allem in den großen Städten. Auch im Osten Deutschlands haben sich mittlerweile entsprechende Drogenszenen etabliert, allerdings ist dort der Gebrauch noch weniger ausgeprägt, als im übrigen Deutschland. Zahlenmäßig liegt die Bedeutung des Heroingebrauchs weit hinter der des Cannabiskonsums, doch die gesundheitlichen und sozialen Probleme, die er nach sich zieht, sind erheblich. Dazu zählen Drogentodesfälle, HIV-Infektionen und die Beschaffungskriminalität.

Der verbreitete Gebrauch von Kokain begann etwa 1980 mit einer zunächst noch geringen, jedoch seitdem stetig wachsenden Zahl an Konsumenten, welche bis vor einigen Jahren noch in erster Linie Heroin, und Kokain „nur“ als Sekundärdroge gebrauchten. Bis heute hat die Zahl der primären Kokainkonsumenten zugenommen und übertrifft nun die Anzahl der Heroinkonsumenten. Wie bei Heroin, findet sich auch der Gebrauch von Kokain hauptsächlich in den großen Städten und deren Umgebung.

Anders zeigt sich der Gebrauch von Amphetaminen und Ecstasy. Nachdem die Amphetamine bereits Mitte der 80er große Beliebtheit und weitere Verbreitung fanden, folgte Ecstasy wenige Jahre später. Es kam zu einer starken Verbreitung dieser Substanzen, sowohl in den Städten, als auch auf dem Land. Bezüglich ihrer Konsumentenzahlen für Ost- und Westdeutschland weisen sie geringere Unterschiede auf, als andere Drogen.

Ecstasy und Amphetamine werden oft zusammen mit LSD und Kokain gebraucht. (SIMON et al., 2002)

1.2.2. Die aktuelle Drogensituation in Deutschland und deren Tendenz

1.2.2.1. Übersicht über die Datenquellen

Epidemiologische Quellen, die Auskunft geben über den Drogenkonsum und die Konsumenten, basieren in Deutschland vor allem auf regelmäßigen repräsentativen Umfragen und Prävalenzstudien. Zwei dieser fortlaufenden Erhebungen auf nationaler Ebene sind die Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ (Drogenaffinitätsstudie, DAS) und der „epidemiologische Suchtsurvey“ (Bundesstudie zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, ESA). Beide Studien betreffen den Konsum sowohl illegaler als auch legaler Suchtmittel.

Bei der Drogenaffinitätsstudie handelt es sich um eine Befragung Jugendlicher und junger Erwachsener (12 bis 25 Jahre) die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 1973 im Abstand von 3 bis 4 Jahren durchgeführt wird. Früher wurden die Befragungen „face to face“ durchgeführt, bei der Erhebung 2000/ 2001 wurde auf computergestützte Telefoninterviews umgestellt. Die letzte Erhebung fand 2004 statt.

Die Bundesstudie (Repräsentativerhebung) wird seit 1980 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch das IFT in München durchgeführt. Sie stellt die schriftliche Befragung einer repräsentativen Stichprobe der Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren dar. Die letzte Erhebung erfolgte 2003. (SIMON , DAVID-SPICKERMANN und FARKE, 2005)

1.2.2.2. Ergebnisse

In der folgenden Darstellung der aktuellen Drogensituation in Deutschland wird hauptsächlich auf die Ergebnisse der Repräsentativerhebung zurückgegriffen. Der Schwerpunkt dieser Erhebung liegt auf der Erfassung der Prävalenz und der Folgen des Konsumverhaltens bei Erwachsenen der Altersgruppe 18 bis 59 Jahre.

Es wurden für die Erhebung von 2001/ 2002 6.632 Personen in den alten und 1.430 Personen in den neuen Bundesländern schriftlich befragt, wobei 45 % der Befragten bereit waren, über sich Auskunft zu geben (Ausschöpfungsquote). Des weiteren geben einige Daten aus der Drogenaffinitätsstudie Auskunft über den Konsum von illegalen Rauschmitteln unter 12 bis 25-Jährigen. Die Stichprobengröße beträgt insgesamt 3.000 junge Menschen (2.000 aus den alten und 1.000 aus den neuen Bundesländern). (SIMON et al., 2002)

Bei den jeweils letzten Studien aus den Jahren 2003/ 2004 wurden nicht mehr getrennte Daten für die neuen und alten Bundesländer erhoben. Nachdem sich, durch einen starken Anstieg des Drogenkonsums in den neuen Bundesländern seit der Wende, die Verhältnisse bezüglich

des Drogenkonsumverhaltens in beiden Teilen Deutschlands weitgehend angeglichen hatten, präsentieren die Studien von 2003/ 2004 einheitliche Daten für Gesamtdeutschland. Diese finden sich folgend im Text, nicht aber in den Abbildungen und Tabellen.

Während es sich bei der Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums um den Bevölkerungsanteil handelt, welcher mindestens einmal im Leben Drogen gebraucht hat, gibt die 12-Monatsprävalenz den Anteil der Bevölkerung an, welcher Drogen in den 12 Monaten vor der Untersuchung konsumiert hat.

1.2.2.2.1. Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums

Ein großer Teil der deutschen Bevölkerung hat Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen. Oft handelt es sich dabei nur um ein Ausprobieren (meist von Cannabis), das nach kurzer Zeit wieder aufgegeben wird.

2000/ 2001 gaben in den alten Bundesländern 21,8 % der befragten 18- bis 59-Jährigen an, in ihrem Leben schon einmal illegale Drogen konsumiert zu haben.

Es zeigte sich ein deutlicher anteilmäßiger Unterschied zwischen Männern und Frauen. Während im Westen 25,4 % der Männer und 18,1 % der Frauen Drogen konsumierten, wurde der Unterschied in Ostdeutschland noch deutlicher. Hier lagen die Schätzwerte für die Männer mit 14,6 % doppelt so hoch wie die der Frauen mit 7,1 %.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands bedeutet das eine Anzahl von rund 9.433.000 Personen mit Drogenerfahrung (5.682.000 Männer und 3.738.000 Frauen). (SIMON et al., 2002)

Die Erhebung von 2003/ 2004 für ganz Deutschland zeigt mit 25,2 % (31,3 % der Männer und 18,9 % der Frauen hatten Drogenerfahrung) eine weitere Zunahme bei der Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums (SIMON, DAVID-SPICKERMANN, FARKE, 2005).

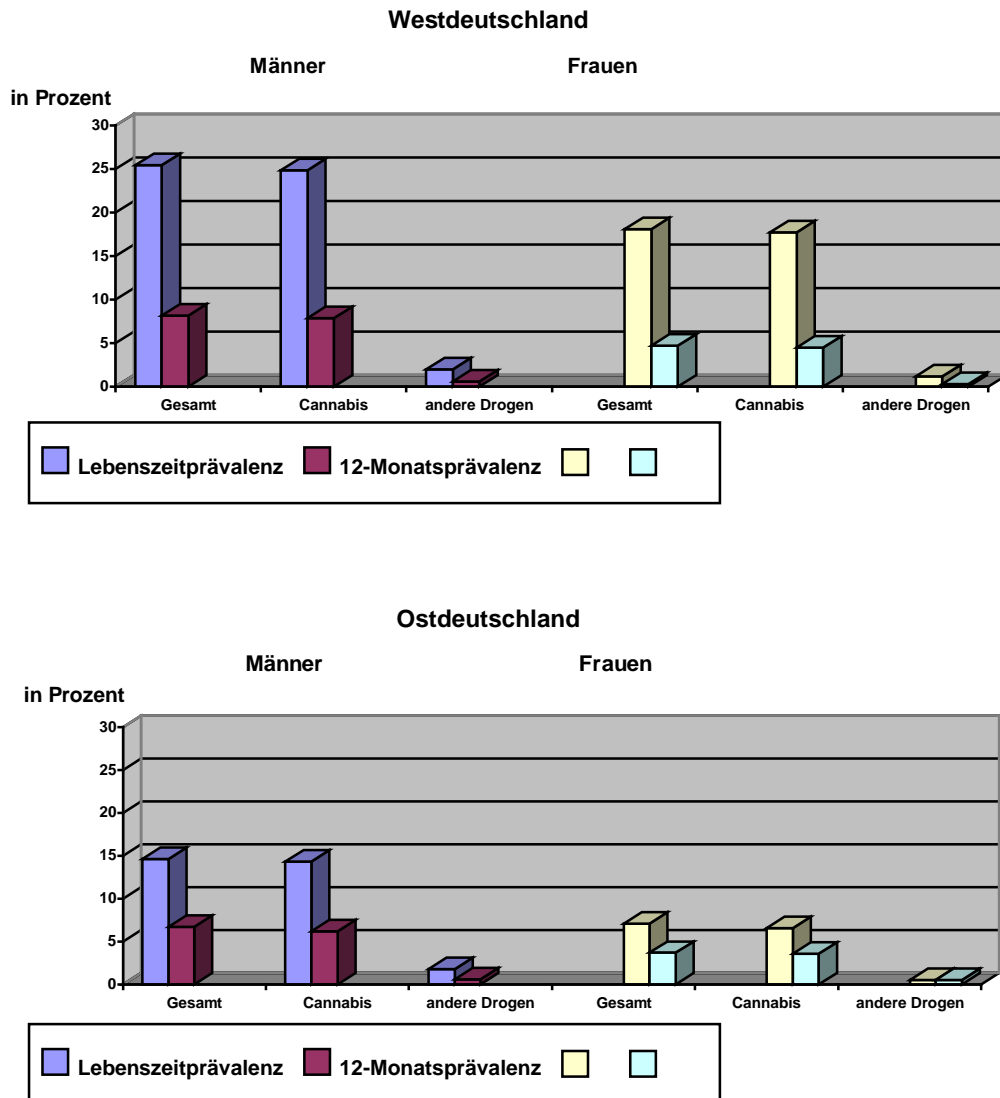


Abb. 1 und 2: Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz: Illegale Drogen insgesamt (18-59-Jährige) 2000 (SIMON et al., 2002)

Von den Abbildungen 1 und 2 kann man jeweils für West- und für Ostdeutschland, getrennt für Männer und Frauen des Alters 18 bis 59 Jahre, die Lebenszeit- und die 12-Monatsprävalenz für den Gebrauch illegaler Drogen ansehen. Es wird unterschieden zwischen dem Gebrauch illegaler Drogen insgesamt, dem ausschließlichen Gebrauch von Cannabis und dem Konsum anderer illegaler Drogen.

Die Lebenszeitprävalenz in Ostdeutschland erreicht ungefähr die Hälfte der Werte in Westdeutschland, wobei die Zahl für die ostdeutschen Frauen etwa zweieinhalb mal kleiner ist, als die der westdeutschen. Bei den Männern ist der Unterschied geringer. Hier ist die Lebenszeitprävalenz der Westdeutschen um gut das Eineinhalbfache höher als die der Ostdeutschen.

	Geschlecht			Altersgruppen (Jahre)					
	Gesamt	männl.	weibl.	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50-59
Anzahl (Mio.)	47,642	24,28	23,36	2,8	3,615	5,22	14,092	11,875	10,04
Cannabis	21,4	24,8	17,7	38,0	38,1	31,8	24,1	16,9	6,6
	6,2	7,9	4,5	25,3	19,7	11,3	5,5	1,5	0,4
Amphetamine	2,4	2,8	2,0	2,4	3,4	2,5	2,5	2,0	1,1
	0,6	0,8	0,4	2,1	3,3	0,7	0,5	0,1	-
Ecstasy	1,5	1,8	1,1	5,2	5,7	3,2	1,1	0,2	0,1
	0,6	1,0	0,3	1,8	3,7	0,8	0,5	0,1	-
Kokain	2,4	3,0	1,9	2,6	4,8	4,7	3,5	1,2	0,2
	0,9	1,2	0,5	2,0	2,7	1,7	1,0	0,2	-
LSD	2,0	2,6	1,4	2,4	3,6	2,3	2,1	2,2	0,9
	0,2	0,2	-	1,5	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1
Heroin	0,4	0,5	0,2	0,4	0,5	0,7	0,5	0,3	-
	0,1	0,2	-	0,4	0,3	0,5	-	0,1	-
andere Opiate	0,8	1,1	0,5	1,1	1,0	1,0	1,1	0,8	0,1
	0,1	0,2	0,1	-	0,5	0,3	0,2	0,1	-
Psylocybinhaltige Pilze	2,0	2,5	1,5	3,4	7,1	2,6	2,1	1,3	0,1
	0,5	0,7	0,3	2,5	3,2	0,8	0,1	0,1	-
Andere Drogen als Cannabis	1,6	2,0	1,2	2,5	3,7	2,4	1,8	1,1	0,4
	0,4	0,6	0,3	1,7	2,0	0,7	0,4	0,1	-

Abb. 3: Lebenszeit - und 12-Monatsprävalenz illegaler Drogen in Westdeutschland (2000 / 2001) (SIMON et al., 2002)

Deutliche Unterschiede finden sich zwischen dem Gebrauch von Cannabis und dem Gebrauch anderer Drogen, wie Kokain, Opiate und Aufputschmittel. Vergleicht man die Erfahrung mit unterschiedlichen illegalen Drogen unter den 18-bis 59-Jährigen in Westdeutschland, so findet man an erster Stelle, mit höchster Prävalenz, Cannabis (Lebenszeitprävalenz in Westdeutschland: 21,4 %), gefolgt von Amphetaminen (2,4 %), Kokain (2,4 %), LSD (2,0 %) und psylocybinhaltigen Pilzen (2,0 %). Die Erfahrungen mit Heroin und anderen Opiaten liegen unter 2 % (siehe Tabelle).

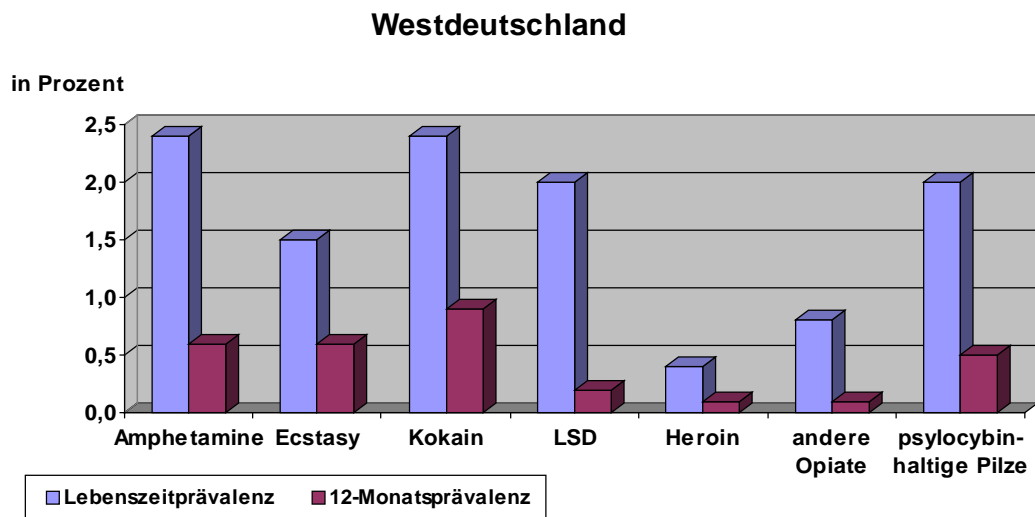
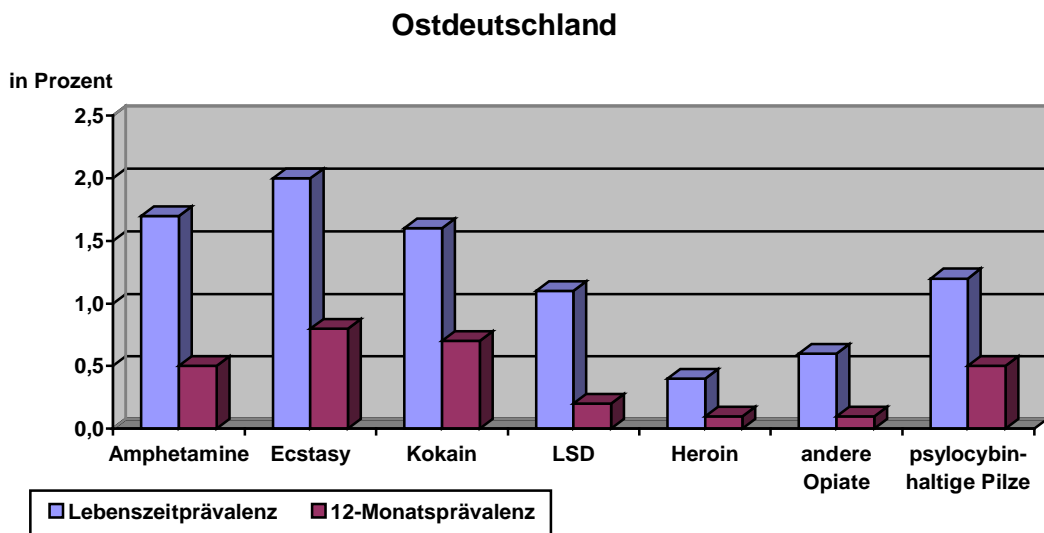


Abb. 4 und 5: Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz „harter Drogen“ 2000/ 2001 (SIMON et al., 2002)

Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die jeweiligen Prävalenzen für die verschiedenen „harten“ Drogen in Ost- und Westdeutschland. Während die Lebenszeitprävalenzen in Ostdeutschland bei den meisten Drogen noch niedriger sind als im Westen (in Ostdeutschland begann der Drogenkonsum erst vermehrt nach Öffnung der Grenze), liegt der Wert von Ecstasy über dem westdeutschen Niveau.

Betrachtet man die 12-Monatsprävalenzen in beiden Teilen Deutschlands, so stellt man fast gleiche Werte für den Konsum „harter“ Drogen fest.

Nach der Erhebung von 2000/ 2001 wurden in den vorangegangenen 12 Monaten in Westdeutschland von 6,5 % der befragten Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren illegale Drogen konsumiert (8,2 % bei den Männern und 4,7 % bei den Frauen). In Ostdeutschland bekannten sich 5,2 % zum illegalen Drogengebrauch (6,7 % der Männer und 3,7 % der Frauen).

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung konsumierten in Deutschland rund 2.858.000 Personen (entspricht ca. 6 % der Gesamtbevölkerung) illegale Drogen. (SIMON et al., 2002)

Dagegen zeigte die Untersuchung von 2003/ 2004 bei den Erwachsenen unter 60 Jahren 7,3 % Drogenkonsumenten. Cannabis wurde von 6,8 % der Altersgruppe und damit am häufigsten konsumiert. (SIMON, DAVID-SPICKERMANN und FARKE, 2005).

Etwas geringer lag dieser in der vorangegangenen Erhebung von 2000/ 2001: Damals wurde innerhalb des vorangegangenen Jahres in den neuen Bundesländern von 4,9 % und in den alten Bundesländern von 6,2 % der Personen der Altersgruppe Cannabis konsumiert. „Harte“ Drogen wurden im selben Zeitraum in den alten und in den neuen Bundesländern von jeweils 0,5 % der Befragten konsumiert. (SIMON et al., 2002)

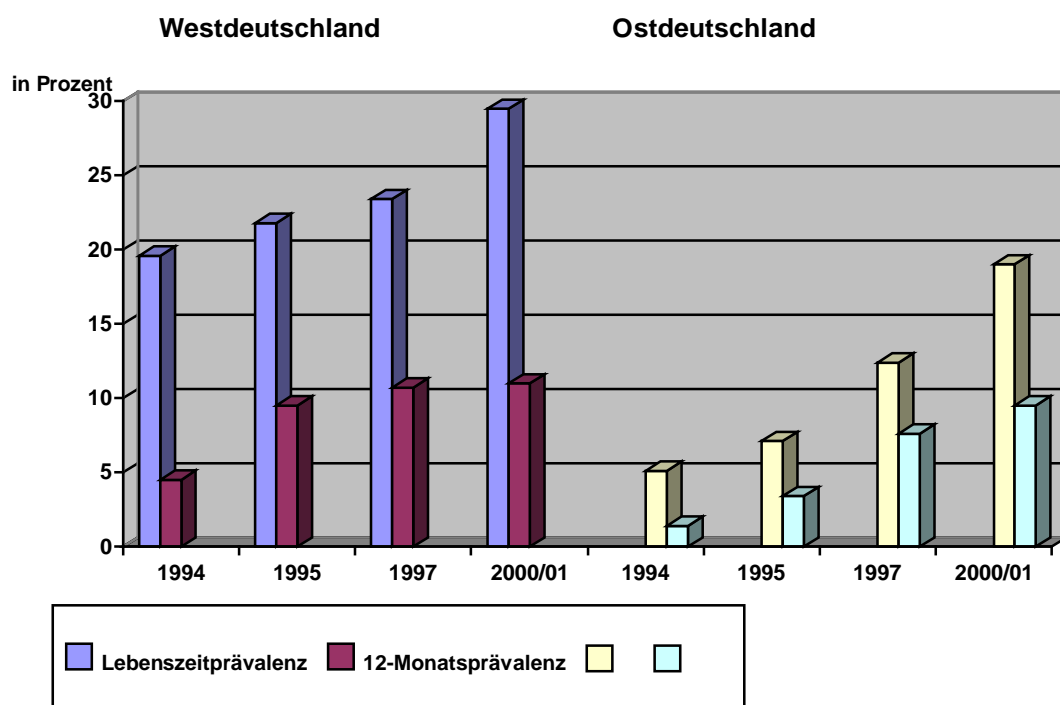


Abb. 6: Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen 18-39-Jähriger im Vergleich zu früheren Untersuchungen (SIMON et al., 2002).

1.2.2.2.3. Tendenz des Drogenkonsums

Für die Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen liegen frühere Untersuchungen zur Prävalenz des Drogenkonsums vor, so dass ihre Entwicklung während der letzten Jahre dargestellt werden kann.

Seit 1994 ist sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern die Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums gestiegen. In Westdeutschland erhöhte sich der Wert während 6 Jahren bis 2000 um 10 Prozentpunkte auf 29,5 %, in Ostdeutschland sogar um 14 Prozentpunkte auf 19,0 % der Bevölkerung. Für ganz Deutschland bedeutete dies, dass 2000 27,6 % der 18- bis 39-Jährigen Erfahrung im Drogenkonsum hatten, in der Gruppe der 18- bis 59-Jährigen waren es 19,8 %.

Die letzte Erhebung aus dem Jahr 2003 zeigte eine Fortsetzung dieses Trends. In der Gruppe der 18-bis 59-Jährigen hatten nun bereits 25,2 % schon einmal Drogen konsumiert.

Ähnlich zeigt sich der Zuwachs bei der Zwölfmonatsprävalenz. In Westdeutschland betrug er bis 2000 6,5, in Ostdeutschland 8 Prozentpunkte.

Die Entwicklung des Cannabiskonsums hat den größten Anteil an diesem, über Jahre zunehmenden, Drogenkonsum. Das zeigen deutlich die Prävalenzraten 18- bis 24-Jähriger Konsumenten in Westdeutschland. Während der letzten 20 Jahre stieg bei diesen die Lebenszeitprävalenz für den Gebrauch von Cannabis in den alten Bundesländern von 14 % (1980) auf ca. 25 % (1997) und erreichte im Jahr 2000 mit 38 % ihren Spitzenwert.

In Ostdeutschland begann der Anstieg 1990 mit 2 % Cannabiskonsumern (18- bis 29-Jährige), erreichte 1995 12 % und nahm bis 2000, sich dem westdeutschen Wert nähernd, auf 29 % zu. (SIMON et al., 2002)

Betrachtet man den Konsumtrend bezogen auf die verschiedenen Suchtstoffe, fällt insbesondere die starke Zunahme des Cannabiskonsums in den letzten Jahren unter jungen Leuten auf, wie oben bereits beschrieben.

Im Jahr 2003/ 2004 konsumierten rund 3,8 Millionen Menschen in Deutschland Cannabis, 2000/ 2001 waren es etwa 3,4 Millionen Cannabiskonsumern und drei Jahre zuvor lag deren Zahl noch um eine Million niedriger.

In der Drogen-Beliebtheitsskala bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen an nächster Stelle kommen Ecstasy und Amphetamine. Ihre Konsumentenzahl betrug 2001 zwischen 300.000 und 400.000 Personen. Während sich für Ecstasy auch in einer Untersuchung von 2002 ein konstanter Konsum zeigte, nahm der bei den Amphetaminen weiter leicht zu. (SPIEGEL et al., 2003)

Auch halluzinogene Drogen werden vor allem von jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) konsumiert, darunter am häufigsten LSD und psilocybinhaltige Pilze. Allerdings ist die zahlenmäßige Bedeutung von LSD seit den 70er Jahren stark gesunken. (SIMON et al., 2002) In den Abbildungen 3 und 4 ist der große Unterschied zwischen Lebens- und Zwölfmonatsprävalenz für LSD zu sehen. Sie zeigt, dass die Substanz LSD von den meisten Konsumenten nur probiert oder kurzfristig konsumiert wird.

Der Konsum von Heroin und anderen Opiaten, wie Methadon, Codein, Opium und Morphin ist in Deutschland weniger verbreitet. Allerdings ist der Konsum dieser Substanzen äußerst gefährlich und problematisch. Im großen Teil der Fälle ist er kombiniert mit dem Missbrauch anderer Substanzen. Was seine Entwicklung angeht, so bestehen große regionale Unterschiede. Während sich in den neuen Bundesländern erst eine Szene bildet, und daher eine Zunahme im Konsum zu verzeichnen ist, zeigt sich die Lage in Westdeutschland stabil.

Allerdings lässt sich eine Verschiebung des Konsums innerhalb der Opiate erkennen, die auf die große Zunahme der Substitution (etwa 50.000 Personen nahmen im Jahr 2000 an Methadonsubstitutionsprogrammen teil) zurückzuführen ist. (SIMON et al., 2002)

Der Kokainkonsum zeichnet sich durch sein, seit mehr als 10 Jahren bestehendes, gleichförmiges und stabiles Wachstum und durch das polyvalente Verhalten seiner Konsumenten aus. Meist gebrauchen diese neben Kokain noch weitere illegale Drogen, v. a. Opiate, immer öfter auch andere Substanzen.

In den neuen Bundesländern sind die Erfahrungen mit Kokain im Jahr 2000 (Lebenszeitprävalenz: 1,6 %) noch deutlich geringer, als in den alten Bundesländern (Lebenszeitprävalenz: 2,4 %). (VOGT, SCHMID und ROTH 2000)

2. Zielstellungen

Bereits in der Einleitung wurde auf das größer werdende Problembewusstsein hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen unter Beschäftigten hingewiesen. Insbesondere Arbeitsmediziner sowie Unternehmer und Juristen sehen sich mit genanntem Problemfeld konfrontiert und bemängeln häufig den Mangel an Informationsmaterial und praktischen Handlungsgrundlagen zum Umgang mit dem betrieblichen Drogenproblem.

Es werden nicht genau abzuschätzende negative Folgen mit der Drogenbeeinflussung von Beschäftigten in Zusammenhang gebracht. Und es besteht der Wunsch, diesen erfolgreich zu begegnen. Für die vorliegende Arbeit ergeben sich daraus zwei wesentliche Zielstellungen:

Zum einen soll die Bedeutung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt Deutschlands erörtert und dargestellt werden.

Und zum anderen interessieren die Möglichkeiten, den Drogenkonsum von Beschäftigten zu kontrollieren und zu vermindern. In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung betrieblichen Drogenscreenings untersucht.

3. Material und Methoden

In diesem Kapitel werden wichtige, grundlegende Themen behandelt, welche dem besseren Verständnis der Darstellungen der Ergebnisse im nachfolgenden Kapitel dienen sollen.

Die Informationen entstammen der deutschen und US-amerikanischen Literatur und dem Internet.

Im Einzelnen wird ein Überblick über die geschichtlichen und neueren Entwicklungen in der betrieblichen Suchtarbeit in Deutschland gegeben, die technischen und praktischen Grundlagen der Durchführung von Drogenscreeninguntersuchungen werden erklärt und abschließend wird beispielhaft ein Überblick über die betriebliche Drogenproblematik und Drogenpolitik in den USA gegeben.

3.1. Betriebliche Drogenpolitik in Deutschland

3.1.1. Geschichte der betrieblichen Suchtarbeit

Im Mittelalter und noch lange Zeit danach war es in Deutschland und auch in anderen europäischen Ländern normal, bei der Arbeit häufig und viel Bier zu trinken, um den Durst zu löschen und sich zu stärken.

Erst mit Entfaltung der bürgerlichen Gesellschaft, der Ausdehnung der kapitalistischen Wirtschaftstätigkeit und der Aufklärung kam es zur gesellschaftlichen Problematisierung des Verhältnisses von Alkohol und Arbeit. Dies hatte zur Folge, dass von nun an Trinkexzesse und Trunkenheit zunehmend als unvernünftig und unmoralisch galten.

Dieses neue Denken über Trunkenheit und Sucht wurde ganz vehement propagiert durch die erste deutsche Mäßigkeitsbewegung, die sich um 1830 formierte. Doch die Methode dieser Bewegung, insbesondere das Trinkverhalten der unteren sozialen Schichten, durch eine moralische Missionierung, an die neuen Normen des bürgerlich-rationalen Lebensstils anzupassen, war weit weniger wirksam, als die Disziplinierung im Zuge der zeitgleich expandierenden industriellen Arbeit, welche Trunkenheit nicht duldete.

Denn mit der Industrialisierung bildeten sich erstmals in größerem Maße Arbeitsverhältnisse heraus, bei denen sich der zügellose Alkoholkonsum als hochgradig schädlich erwies.

Während der Drogenkonsum früher meist nur individuelle Folgen hatte, wirkte er sich im modernen Fabrikssystem aufgrund seiner komplexen Kooperations- und Abhängigkeitsstrukturen schwerwiegender aus. Deshalb wurde der Alkoholkonsum gezielt angegangen, um eine reibungslose und kosteneffiziente Produktion zu ermöglichen.

Die damalige Alkoholprävention war allerdings ausschließlich repressiv angelegt d. h. sie stützte sich nur auf Verbote und Sanktionen. Der auffälligste und nachhaltigste Effekt bestand darin, dass von nun an Ort und Zeit des Trinkens verschoben wurde, indem sich der Alkoholkonsum aus der Arbeitswelt in Bereiche außerhalb, in die Freizeit, die Familie, das Wirtshaus, den Verein usw. verlagerte. Eine Verbindung zur Arbeitswelt blieb jedoch bestehen. Die Rationalität und die Selbstbeherrschung während der Arbeit verstärkte das Bedürfnis, aus dem Regelsystem von Kontrolle und Verhaltenszwängen, mit Hilfe des Alkohols, wenigstens zeitweise, nach getaner Arbeit, auszubrechen und sich psychisch zu entlasten. Dieses Bedürfnis spielt zweifellos auch heute noch eine Rolle beim Konsum von Drogen in der arbeitsfreien Zeit. (HENKEL 2001)

Neben einer repressiven Alkoholprävention kam es auch zu einer wissenschaftlichen Vertiefung der Suchtfrage. Die empirische Forschung, die im Jahr 1892 mit Emil Kraepelins Laborversuchen begann, untersuchte die Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Maschinen- und Kontorarbeit. Erfasst wurden Leistungseinbußen, Unfallhäufigkeit, Fehlzeiten und Krankenstand. Die Forschung ermöglichte die Abschätzung des betriebswirtschaftlichen Schadens durch Alkoholkonsum und stand primär im Interesse der Fabrikanten. (HENKEL 201)

In jüngerer Zeit gingen wichtige Impulse von der Anfang der 70er Jahre begonnenen Diskussion über die „Humanisierung der Arbeitswelt“ aus. Diese hatte die allgemeine Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zum Ziel und verlieh auch der betrieblichen Suchtkrankenhilfe, durch die Etablierung betriebseigener Suchtberatungsdienste, enormen Auftrieb. (HENKEL 2001) Allerdings fehlten für die betriebliche Suchtarbeit entwickelte Konzepte. Dem gesellschaftlichen Trend folgend wurde einfach das extern funktionierende System der karitativen Suchthilfe in die Unternehmen integriert, ohne zu berücksichtigen, ob dies mit den wirtschaftlichen Prioritäten, die ein Unternehmen setzen muss, vereinbar ist. Die karitative Art der Suchthilfe war v. a. auf die individuelle Hilfe für den suchtgefährdeten Mitarbeiter ausgerichtet. (ENGLER 2001) Diese nennt man heute personenbezogene Prävention oder Verhaltensprävention.

Die deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren gründete 1980 den Fachausschuss für „Alkohol am Arbeitsplatz“ und publizierte Empfehlungen an Betriebe und öffentliche

Verwaltungen. Diese beinhaltete Hilfe und juristische Rahmenbedingungen zum Umgang mit Alkoholabhängigen. Das favorisierte Therapiemodell hob sich vom reinen Hilfsangebot an die Betroffenen dahingehend ab, dass auf den Abhängigen ein konstruktiver Druck ausgeübt wurde, durch welchen der Betroffene quasi dazu gezwungen werden sollte, die Hilfsangebote auch wahrzunehmen. (ZIEGLER 2000)

3.1.2. Neuere Entwicklungen in der betrieblichen Suchtarbeit

Seit den 90-er Jahren setzte die Zeit der Konsolidierung der Suchtpräventions- und Hilfsprogramme und des Ausbaus der haupt- und nebenamtlichen Suchtarbeit im Betrieb ein. Viele betriebliche Einrichtungen sind aufgrund ihrer mangelhaften strukturellen Absicherung, und wohl auch wegen ihrer stark karitativen und weniger kosteneffektiven Ausrichtung, durch wirtschaftliche Rationalisierungsmaßnahmen gefährdet. Gleichwohl kann heute gesagt werden, dass Suchtprävention und Suchthilfe in vielen Betrieben institutionalisiert sind. Rationalisierungsmaßnahmen führen jedoch dazu, dass die personenbezogene Prävention zugunsten der Verhältnisprävention in den Hintergrund rückt. Diese ist in die gesamte betriebliche Organisation eingebunden und arbeitet mit außerbetrieblichen Institutionen zusammen, was vom Suchtbeauftragten eine hohe Vernetzungskompetenz erfordert. (WIENEMANN 2001; ENGLER 2001)

Nach Engler ist die systemisch - präventive Suchtarbeit ein Zukunftsmodell betrieblicher Suchtarbeit. Ihre Merkmale lassen sich in drei Punkten zusammenfassen: in der Einbindung der Führungskräfte, in der Redlegation der Lösungs- und Prozessverantwortung von den Sozial- oder Suchtberatern zu den Führungskräften und im Kompetenztransfer an die Führungskräfte. Dies wird umgesetzt indem das Lösen betrieblicher Folgekonflikte des Suchtmittelmissbrauchs von Mitarbeitern als nicht delegierbare Führungsaufgabe definiert wird. Führungskräfte und Personalverantwortliche übernehmen die Führung im Problemlösungsprozess, sie nehmen die Rolle eines „Konfliktmanagers“ ein. In Seminaren und Workshops der Sozial- / Suchtberater lernen sie das für ihre Sonderfunktion als Konfliktmanager erforderliche Hintergrund- und Handlungswissen. Die Spezialistenkompetenz der Fachleute wird in angemessenem Umfang in Führungskompetenz transferiert. Bei der Umsetzung dieses Wissens erhalten sie fachliche Unterstützung durch die Sozial- / Suchtberater.

Die Auswirkungen einer solchen Suchtarbeit bestehen für die Führungskräfte und Personalverantwortlichen darin, dass sie in ihrer Kompetenz im Umgang mit dem Süchtigen

Mitarbeiter gestärkt werden. Dadurch bleibt die Verantwortung im Prozess bei ihnen und ihre Beziehung zum Mitarbeiter wird verstärkt.

Für die Sozial- und Suchtberater bedeutet diese Form der Suchtarbeit eine Zunahme ihrer Akzeptanz. Sie treten als neutrale Berater des Prozesses auf und nicht als Kontrolleure ihrer Klienten. Daneben entwickeln sie sich neben ihrer bisherigen Funktion als Berater weiter und erhöhen damit ihre Professionalität.

Für den Klienten schließlich bewirkt die konsequente Vorgehensweise der Vorgesetzten einen hohen Druck zur Veränderung. Zur Behandlung seines Problems wird er an eine geeignete Beratungsstelle außerhalb des Betriebes vermittelt und erfährt durch die Entkoppelung seines Suchtproblems vom betrieblichen Umfeld eine verbesserte Rücksichtnahme auf seine Privatsphäre. (ENGLER 2001)

3.2. Drogenscreeninguntersuchungen

Allen Screeninguntersuchungen gemein ist, dass sie die Untersuchung einer großen Zahl von Proben mit verhältnismäßig geringem Aufwand, kostengünstig und innerhalb kurzer Zeit ermöglichen um damit zumindest ein vorläufiges, orientierendes Ergebnis zu liefern.

Auch der Nachweis von Drogenstoffen in Körpermedien mittels Screeningverfahren ist möglich und wird praktiziert. V. a. im Bereich der Notfallanalytik aber auch in der Suchtkontrolle, der Verkehrsmedizin und im Bereich der Arbeitsmedizin werden Screeningverfahren auf immunochemischer Grundlage angewandt um den stattgehabten Drogenkonsum von Testpersonen nachzuweisen.

3.2.1. Grundlagen von Immunoassays und Teststäbchen

Die Grundlage aller immunochemischer Verfahren ist die Antigen-Antikörper-Reaktion. Antikörper, auch Immunglobuline oder Gammaglobuline genannt, stellen die Antwort des Immunsystems auf das Eindringen körperfremder Substanzen in den Organismus, dar. Sie werden gebildet, um die Fremdsubstanzen zu binden und damit unschädlich zu machen. Allerdings kommt es nur dann zur Bildung von Antikörpern, wenn das eingedrungene Molekül eine Mindestgröße von etwa 5000 Dalton besitzt. Eine solche, hochmolekulare Substanz, die dem Körper den Anreiz zur Antikörperproduktion gibt, wird als Antigen bezeichnet. Antikörper sind auch außerhalb des Organismus in der Lage, Antigene spezifisch zu binden. Diese Fähigkeit macht man sich bei immunochemischen Tests zunutze. Diese Tests verwenden meist monoklonale Antikörper, die in Zellkulturen produziert werden und nur gegen eine der zahlreichen Determinanten eines gegebenen Antigens gerichtet sind (Abb. 1).

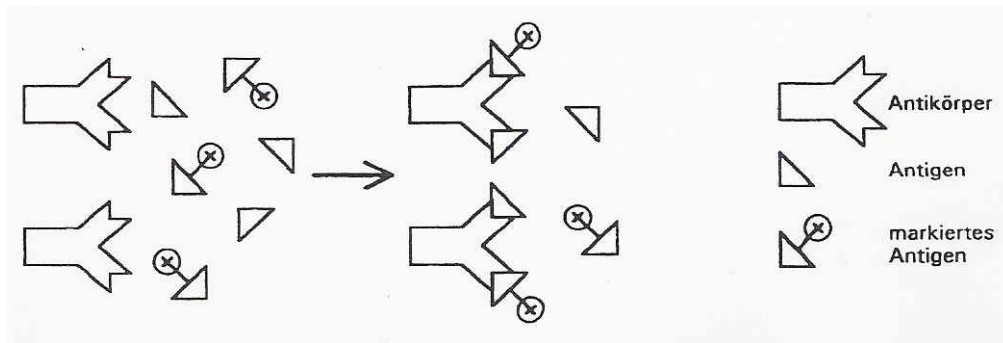


Abb. 7: Prinzip des kompetitiven Immunoassay (SCHÜTZ 1999)

Möchte man Antikörper gegen niedermolekulare Substanzen („Haptene“), wie z. B. Medikamente oder Drogen, herstellen, so koppelt man diese an große Trägersubstanzen (z. B. Bovine Serum, Albumin) um im Versuchstier die Antikörperproduktion zu stimulieren. Sind die Antikörper erst einmal gebildet, dann reagieren sie auch auf das Hapten allein. Es gibt unterschiedliche Techniken immunchemischer Nachweise. Am häufigsten handelt es sich um sogenannte kompetitive Immunoassays. Dabei konkurrieren die nachzuweisenden Antigene aus der Probe mit markierten Antigenen aus dem Reagenz um eine beschränkte Anzahl von Antikörpern. Bei der Antigen-Antikörper-Komplexbildung handelt es sich um eine Gleichgewichtsreaktion. Deswegen werden, wenn sich nur wenige Antigene in der zu bestimmenden Probe finden, umso mehr von den markierten Antigenen aus dem Reagenz gebunden. Somit bleibt nur ein kleiner Teil der markierten Antigene aus dem Reagenz frei in Lösung. Um einen Rückschluss auf die Konzentration in der Probe zu ziehen, kann nun entweder die Menge an gebundenem oder an freiem, markiertem Antigen gemessen werden. Beim heterogenen Immunoassay ist dazu die Trennung von gebundenem und freiem Antigen nötig. Beim homogenen Immunoassay ist dies nicht der Fall, womit seine Durchführung erleichtert ist. Die Unterschiede bei immunchemischen Methoden bestehen in der Art der Markierung des Antigens im Reagenz. In klinischen-toxikologischen Labors werden vor allem Radio-Immunoassays (RIA), Enzym-Immunoassays (EIA) und Fluoreszenz-Polarisations-Immunoassays (FPIA) eingesetzt. In letzter Zeit mehren sich außerdem die Angebote an visuell auswertbaren Tests. Diese enthalten Antigene, welche an Goldpartikel gebunden sind. Sollen mit Hilfe von Immunoassays ganze Serien von Proben untersucht werden, dann bietet sich aus Gründen der Praktikabilität und der Kosten, die Verwendung von Analysenautomaten an. Diese werden häufig von den Herstellern, individuell angepasst, den verwendenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Sollen dagegen nur einzelne Analysen durchgeführt werden, so zeigt sich die Verwendung von Teststäbchen als sinnvoller.

Teststäbchen auf immunchemischer Basis stellen eine neuere Methode, u. a. zur Erfassung von Drogen im Urin, dar. Solche Tests sind für verschiedene Drogenarten erhältlich und basieren alle auf einem ähnlichen Prinzip. Im Folgenden wird die Funktionsweise für eine Art von Teststäbchen erklärt. Dabei wird die GLORIA (Gold Labelled Optical-read Rapid Immuno Assay)-Technologie angewandt. Die Teststreifen bestehen aus einer schmalen Trägerfolie. Auf diese sind verschiedene Vlies-Zonen aufgebracht, diese wiederum werden von einer Folie abgedeckt. Auf der Abdeckfolie befindet sich eine Markierung, die anzeigt, wie tief die Stäbchen in das Analysat eingetaucht werden sollen. Auf der Trägerfolie befindet sich das Detektionsfeld. Beim Eintauchen in die Probe saugt sich das unterste Vlies mit Urin voll und stellt diesen dann für den folgenden chromatographischen Prozess, der entlang des Teststäbchens stattfindet, zur Verfügung. Die nächste Vliesschicht enthält gold-markierte, monoklonale Antikörper, die spezifisch für die zu analysierende Substanz (Analyt) sind. Wenn der Analyt in der Probe enthalten ist, dann reagiert er vollständig mit den gold-markierten, monoklonalen Antikörpern und es bilden sich bewegliche, rot gefärbte Komplexe. Die nicht-gebundenen goldmarkierten Antikörper wandern mit der Probe zum nächsten Vlies, wo sie von immobilisierten Analyt-Analoga abgefangen werden. Die mobilen, rot gefärbten Komplexe, bestehend aus Analyt der Probe und gold-markierten monoklonalen Antikörpern, durchlaufen dieses Vlies und gelangen zur Detektionszone. Dort ergeben sie ein positives Farbsignal dafür, dass sich der Analyt in der Probe befindet. Die Farbintensität des Signals korreliert mit der Konzentration von Analyt in der Probe. Mit Hilfe von Vergleichsfarbfeldern können bei diesem Test halbquantitative Ergebnisse geliefert werden. (SCHÜTZ 1999)

3.2.2. Das Untersuchungsmaterial

Drogen können in den Körpermedien Blut, Urin, Haare, Schweiß und Speichel nachgewiesen werden. Die verschiedenen Untersuchungsmaterialien ermöglichen den Nachweis des Drogenkonsums einer Person in verschiedenen Zeiträumen nach dem Konsum. Neben der Berücksichtigung der rechtlichen Möglichkeiten und der Praktikabilität, müssen bei der Auswahl des Untersuchungsmediums die jeweils zur Fragestellung passenden Drogennachweiszeiten der verschiedenen Medien berücksichtigt werden. Der Nachweis des Drogenkonsums während der vorhergehenden Stunden ist möglich durch die Untersuchung von Blut- oder Speichelproben. Im Schweiß lässt sich der Gebrauch von Drogen innerhalb von Stunden bis Tagen nach der Einnahme nachweisen. Und für die Aufdeckung länger zurückliegenden Drogengebrauchs bietet sich die Untersuchung von

Urin oder Haaren an. Dabei können im Urin Drogen für gewöhnlich noch Tage nach dem Konsum nachgewiesen werden und Haarproben ermöglichen den Drogennachweis sogar noch Wochen nach dem Konsum. (MÖLLER 1998)

Die klassischen Untersuchungsmaterialien sind Blut und Urin. Für Drogenscreenings werden bisher in der Regel Urinproben verwendet. Diese weisen gegenüber dem Untersuchungsmaterial Blut verschiedene Vorteile auf. Erstens enthalten sie die gesuchten Fremdstoffe meist in höherer Konzentration, als dies im Blut der Fall ist. Außerdem können die Drogenbestandteile und deren Stoffwechselprodukte im Urin meist längere Zeit nachgewiesen werden, als im Blut und der Nachweis einer besonders großen Palette an Stoffwechselprodukten im Urin ermöglicht zudem eine bessere Interpretation der Testergebnisse. Und schließlich haben Urinproben noch die Vorteile, dass sie im Gegensatz zu den Blutproben, ohne invasive Technik gewonnen werden können und, dass sie für die meisten Untersuchungsmethoden nicht extra aufbereitet werden müssen.

Zwei Besonderheiten des Untersuchungsmaterials Urin müssen allerdings beachtet werden. Zum einen gibt es für Urinuntersuchungen ein Zeitfenster (lag-time), in welchem, nach dem Konsum einer Substanz, dieser zwar im Blut, im Urin aber noch nicht nachgewiesen werden kann. Spätestens eine Stunde nach der Einnahme eines Stoffes ist dieser jedoch fast immer im Urin nachweisbar und zwar für bedeutend längere Zeit, als im Blut. Für die Praxis bedeutet dies, dass nach der ersten, negativen Drogenkontrolle einer Person, bei welcher weiterhin der Verdacht auf eine Drogenbeeinflussung besteht, der Test nach etwa einer Stunde wiederholt werden sollte. Und zum anderen müssen die tageszeitlichen Konzentrationsschwankungen des Urins, und folglich auch der enthaltenden Drogenstoffe, bedingt durch die Ausscheidungsrythmik der Nieren, bei der Interpretation von Testergebnissen aus Urintests beachtet werden. Um aus einem erneuten Konzentrationsanstieg einer Substanz im Harn nicht fälschlicher Weise auf den wiederholten Konsum derselben zu schließen, muss die Stoffkonzentration der Substanz immer mit der Kreatininkonzentration, dem Parameter für die Konzentriertheit des Harns, in Beziehung gesetzt werden.

Als ein Problem bei der Gewinnung von Urinproben, insbesondere, wenn diese nach Vorankündigung stattfinden, wie z. B. bei betrieblichen Einstellungstests, stellt sich die Möglichkeit der Probenfälschung. Dabei kommen grundsätzlich zwei Methoden in Frage. Zum einen kann die Probe mit Wasser, Tee, drogenfreiem Urin u. a. verdünnt werden, so dass die Nachweisgrenze der Droge unterschritten wird, oder aber es wird fremder, drogenfreier Urin abgegeben. Und zum anderen besteht die Möglichkeit, dass durch die

vorherige Einnahme oder die Zugabe verschiedener Mittel zur eigenen Urinprobe, diese verändert wird und daraus ein falsch-negatives Testergebnis resultiert. Im Internet lassen sich eine ganze Reihe von Empfehlungen finden, wie Urintests nach Drogenkonsum gefälscht werden können. Die einzige sichere Maßnahme, um solche Täuschungsversuche zu unterbinden, besteht in der Bereitstellung und Abgabe der Probe unter Sicht. Das bedeutet jedoch einen erheblichen Eingriff in die Intimsphäre des Betroffenen und ist deshalb gut zu überdenken. Zusätzlich zur Sichtkontrolle lassen sich auch weitere Kontrollen einbauen, um eine verfälschte Urinprobe zu erkennen. Fast alle Manipulationsempfehlungen zielen darauf ab, den Cut-off-Wert des eingesetzten Immunoassays zu unterschreiten und damit auch die sensiblere Bestätigungsanalyse zu vermeiden. Das kann durch die Verdünnung der Probe, die Zerstörung des Analyten oder die Beeinträchtigung des Reaktionsablaufs der Tests erreicht werden. Um eine Manipulation an der Probe zu erkennen, wird deswegen dazu geraten, die folgenden Parameter einer jeden Probe zu überprüfen und mit dem entsprechenden Normalbefund zu vergleichen. Es wird empfohlen die Temperatur (Normalbefund: 32 bis 38 °C innerhalb von vier Minuten nach der Probennahme), den pH-Wert (Normalbefund: 4,5 bis 7,5), die relative Dichte (Normalbefund: 1,007 bis 1,035 kg/l) und die Kreatininkonzentration der Urinprobe zu überprüfen. Der Kreatiningehalt kann einen Hinweis auf die Verdünnung einer Harnprobe geben, wobei oft Konzentrationen unter 40 mg / dl als Beweis für eine unzulässige Verdünnung angesehen werden. Dabei muss aber beachtet werden, dass eine niedrige Kreatininkonzentration neben einer Verdünnung auch andere Gründe haben kann. So findet sie sich z. B. allgemein bei Personen mit geringer Muskelmasse. Außer den genannten Parametern sollte auch auf Farbe, Geruch, Schaum, Niederschläge einer Probe und auf eventuell auffälliges Verhalten eines Probanden geachtet werden, als mögliche Hinweise auf eine Probenfälschung. (SCHÜTZ 1999)

Gegenüber der Urinuntersuchung liegt der Vorteil bei der Drogentestung im Blut vor allem darin, dass durch diese eine aktuelle Aussage zum Drogenkonsum einer Person gemacht werden kann und außerdem die festgestellte Konzentration eines Drogenstoffes im Blut eine objektivere und genauere Einschätzung der aktuellen Drogenwirkung beim Betroffenen zulässt. Neben den klassischen Untersuchungsmedien werden in der Literatur als alternative Untersuchungsmedien noch Schweiß, Haare und Speichel genannt, deren Bedeutung insbesondere bei der Beantwortung spezieller Fragestellungen liegt. So kann durch die Untersuchung von Schweiß der Stunden bis Tage zurückliegende Drogenkonsum festgestellt werden und die Untersuchung von Haaren ermöglicht die Einschätzung des langfristigen

Konsumverhaltens, in Fällen chronischen Konsums, bis zu Monaten nach dem letzten Gebrauch. Im Speichel dagegen lässt sich die aktuelle Drogenkonzentration, ähnlich der im Blut, feststellen, allerdings mit dem Vorteil, dass die Speichelprobe nichtinvasiv gewonnen wird. Nachteilig ist bei ihr allerdings die starke Veränderlichkeit der Drogenkonzentration, abhängig vom pH-Wert des Speichels und von der Speichelsekretion, welche wiederum durch chemische und mechanische Reize ausgelöst wird. Zwar gewinnt Speichel als Untersuchungsmedium v. a. in der toxikologischen Analytik zunehmend an Bedeutung, allerdings hat diese bisher nicht die von Blut und Urin erreicht. Dasselbe gilt auch für die anderen „alternativen“ Untersuchungsmedien. (SCHÜTZ 1999)

Was die weiteren Schritte im Rahmen des Drogenscreeningprozesses, nach der Probengewinnung, angeht, so ist es erforderlich, dass in jedem einzelnen Abschnitt korrekt vorgegangen und dies genau dokumentiert wird, um im gegebenen Fall, auch wegen möglicher juristischer Konsequenzen, das Zustandekommen eines Testergebnisses noch einmal rekonstruieren, und damit Fehler und Manipulationen ausschließen bzw. aufdecken zu können. Wichtig zur Aufbewahrung der Proben sind geeignete Gefäße, welche nicht mit dem Inhalt reagieren und ihn vor UV- Licht schützen. Die Proben müssen unverwechselbar und dauerhaft gekennzeichnet werden, mit dem Probandennamen, dem Geburtsdatum und dem Asservierungszeitpunkt und zusätzlich müssen andere wichtige anamnestiche Angaben bzw. Erkenntnissen, wie z. B. Beobachtungen zur Bewusstseinslage, Pupillenform, Krankheiten, u. a., festgehalten werden. Zusätze zu den Proben sind zu deren Erhaltung in der Regel auch bei längerer Aufbewahrung nicht notwendig. Nur für die Bestimmung von unverändertem Kokain in Blutproben wird der Zusatz von Fluorid zur Hemmung der Hydrolyse durch Esterasen empfohlen. Bis zu 48 Stunden genügt im Allgemeinen die Aufbewahrung im Kühlschrank bei 4 °C. Bei längerer Aufbewahrung bis zur Analyse sollten die Proben sicherheitshalber bei -20 °C aufbewahrt werden. Die tiefgefrorenen Proben müssen vor ihrer Untersuchung komplett aufgetaut und gründlich gemischt werden um richtige Ergebnisse liefern zu können. Aufgrund möglicher forensischer Konsequenzen von Untersuchungsergebnissen sollten die Proben für eventuell erforderliche weiterführende Untersuchungen mindestens 2 - 4 Wochen tiefgekühlt aufbewahrt werden. Umfangreiche Erfahrungen zahlreicher Laboratorien belegen, dass auch längere Zeit nach der Probennahme im vorschriftsmäßig gelagerten Untersuchungsmaterial die Erstbefunde meist zu reproduzieren sind. (SCHÜTZ 1999)

3.2.3. Was bedeutet „Screening“?

Screeningverfahren sollen hinsichtlich einer bestimmten Substanz oder Stoffgruppe ein qualitatives oder halbquantitatives Ergebnis möglichst spezifisch und empfindlich ohne großen präanalytischen Aufwand liefern. Damit ermöglichen sie, dass hohe Probenzahlen innerhalb kurzer Zeit und ohne aufwendige Vorbereitung, in „negative“ und „positive“ Fälle unterteilt werden können. Nach einem negativen Screeningbefund werden meist keine weiteren Untersuchungen mehr durchgeführt. Zum einen liefern moderne Screeningverfahren kaum falsch-negative Ergebnisse und zum anderen besteht häufig die Meinung, dass die Folgeschäden eines falsch-negativen Testergebnisses relativ gering seien, da hierdurch kein „Unschuldiger“ zu Unrecht verdächtigt würde. Im Falle eines positiven Screeningtests sind bestätigende und differenzierende Untersuchungen notwendig. Diese sollen mit einem Untersuchungsverfahren durchgeführt werden, welchen ein anderes physikalisch-chemisches Prinzip zugrunde liegt. Meist handelt es sich dabei um chromatographische oder spektroskopische Methoden, welche später, im Abschnitt „Bestätigungsanalytik“ genauer beschrieben werden. (SCHÜTZ 1999)

3.2.4. Qualitative, semiquantitative und quantitative Verfahren

Während eine qualitative Analyse Auskunft darüber geben soll, welcher Stoff vorliegt, beantwortet die quantitative Analyse zusätzlich die Frage nach der Höhe der Konzentration eines Stoffes. Es gilt dabei grundsätzlich, dass erst nach der zweifelsfreien Feststellung eines Stoffes (durch Immunoassay und Bestätigungsverfahren) von einer quantitativen Analyse ein valides Testergebnis erwartet werden kann. Zur Beantwortung vieler klinisch relevanter Fragestellungen bei Drogeneinnahmen sind exakte quantitative Bestimmungen einer Stoffkonzentration nicht unbedingt erforderlich. Auch semiquantitative Bestimmungen lassen häufig praxisrelevante Schlüsse, beispielsweise über den Zeitpunkt des Drogenkonsums, zu. So deuten z. B. „stark-drogenpositive“ Werte für viele Substanzen darauf hin, dass sie erst kurze Zeit, bis zu Stunden zuvor, konsumiert wurden. Eine semiquantitative Auswertung von Immunoassays hat aufgrund praktischer Erfahrungen ihre Berechtigung. Allerdings müssen die Ergebnisse jeweils kritisch interpretiert werden. Es müssen immer die Besonderheiten des konkreten Falles berücksichtigt werden. Dazu gehören pharmako- und toxikokinetische Daten, wie Dosis, Applikationsart, Applikationsfrequenz, Interaktion und andere individuelle Parameter. Semiquantitative Verfahren lassen sich sinnvoller Weise auch zur Verlaufskontrolle des Drogenkonsums einer Person heranziehen. Dabei müssen unbedingt unvermeidbare Konzentrationsschwankungen der Substanzen im Harn berücksichtigt werden.

Viele apparativ aufwendige Immunoassays sind prinzipiell in der Lage, quantitative Analyseergebnisse zu liefern. Allerdings nur für diejenige Substanz, die dem Kalibrierungsmaßstab des Messgerätes entspricht. Im Falle der Untersuchung anderer Substanzen, kann den Messergebnissen jeweils nur ein semiquantitativer Wert beigemessen werden. Im Bereich der Drogen- und Medikamentenanalytik ist es aufgrund der Vielzahl verschiedener zu untersuchender Stoffe schwer möglich, ein quantitatives Ergebnis, so wie es bei Alkoholkonzentrationsmessungen z. B. möglich ist, zu erhalten. (SCHÜTZ 1999)

3.2.5. Sensitivität und Nachweisgrenzen

Die analytische Sensitivität einer Untersuchung kennzeichnet die kleinste Konzentrationsdifferenz in den verschiedenen Abschnitten des Messbereiches, die sicher unterschieden werden kann. Innerhalb des Messbereiches immunchemischer Methoden kann die analytische Sensitivität durch die Wahl einer bestimmten Antigen-Antikörper-Konzentration verändert werden. Besonders wichtig ist eine optimierte Sensitivität für den Messbereich des Cut-off-Wertes (siehe nächster Abschnitt). Die analytische Sensitivität im Bereich des Leerwertes wird als untere Nachweisgrenze bezeichnet. Sie stellt das Messsignal dar, das gerade sicher vom sogenannten Untergrund abgrenzbar ist. Der Untergrund wird vom Messschreiber nicht als gerade Linie (wie es innerhalb des Bereiches der Nachweisgrenzen der Fall ist) sondern als ein unregelmäßig wellenförmiges Signal dargestellt. Sie beruht auf unspezifischen Reaktionen von Matrixbestandteilen, welche keinem bestimmten Parameter zugeordnet werden dürfen. Für die untere Nachweisgrenze muss eine deutliche Unterscheidbarkeit vom Untergrund vorliegen. Häufig wird diese in der dreifachen Standardabweichung des Untergrundes gesehen. Der Messwert der unteren Nachweisgrenze kann berechnet werden, indem der Mittelwert aus mehreren Messungen des Leerwertes gebildet und diesem der dreifache Wert der Standardabweichung hinzugezählt wird. Dies entspricht einer 99,7 %igen Konfidenz. Die obere Bestimmungsgrenze einer Untersuchung wird meist dort festgelegt, wo die lineare Beziehung zwischen dem Messsignal und der Konzentration des Analyten nicht mehr besteht. (SCHÜTZ 1999)

3.2.6. Der Cut-off- Wert

Der Cut-off- Wert wird als eine Konzentrationseinheit oder dimensionslose Zahl definiert, wobei Analyseergebnisse, welche unterhalb des Wertes liegen, als negativ und Werte oberhalb als testpositiv angesehen werden. Der Cut-off- Wert soll test- und substanzabhängig erfolgen und sich an der Fragestellung des Auftraggebers orientieren. Meist liegt der Wert

erheblich über der Nachweisgrenze eines Analyseverfahrens. Grundsätzlich gilt, dass mit zunehmender Sensitivität eines Tests die Qualität der Analyseergebnisse abnimmt und es somit vermehrt zur Erhebung falsch-positiver Ergebnisse kommen kann. Umgekehrt hat eine geringere Testempfindlichkeit eher zur Folge, dass tatsächlich positive Analyseproben durch den Test nicht erkannt werden, also falsch-negativ ausfallen. Es gilt, das jeweils optimale Verhältnis von Empfindlichkeit des Tests und Qualität der Testergebnisse zu wählen. Außerdem muss, je niedriger der Cut-off- Wert liegt, umso dringender die Bestätigung eines positiven Ergebnisses mit Hilfe anderer Methoden erfolgen. Die von Testherstellern vorgeschlagenen Cut-off- Werte orientieren sich für viele Substanzen an den Empfehlungen des National Institut of Drug Abuse (NIDA, USA). (SCHÜTZ 1999)

3.2.7. Spezifität und Kreuzreaktivität

Die analytische Spezifität von Untersuchungsmethoden stellt das Maß für die Wahrscheinlichkeit dar, mit welcher durch ein negatives Testergebnis nachgewiesen wird, dass eine Substanz tatsächlich nicht in der Probe enthalten ist.

Mit den sogenannten Monotests, wie sie z. B. zur therapeutischen Überwachung von Medikamentenspiegeln verwendet werden, können sehr exakte Messergebnisse erzielt werden. Im Idealfall reagiert bei solchen Tests der Antikörper nur mit der einen, zu untersuchenden, Substanz und gibt das entsprechende Messsignal. Tatsächlich reagieren die meisten Antikörper jedoch auch mit strukturähnlichen Substanzen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Bei den sogenannten Gruppentests macht man sich diese gewisse Unspezifität (Kreuzreaktivität) vieler Antikörper zunutze, um z. B. möglichst viele verschiedene Derivate von Amphetaminen, Opiaten, Benzodiazepinen, usw. mit einem Tests nachweisen zu können. Dabei sollten Gruppentests auf eine bestimmte Stoffklasse idealerweise die gleiche Kreuzreaktivität gegenüber allen Stoffen der Gruppe haben und auf andere Substanzen gar nicht ansprechen. Dann würden Tests weder falsch-positive noch falsch-negative Ergebnisse liefern. Diese Idealvorstellungen treffen jedoch weder für die Mono- noch für die Gruppentests ganz zu. Der Hauptgrund dafür liegt in der unterschiedlichen Kreuzreaktivität der Antikörper für verschiedene Substanzen. Da die Kreuzreaktivität für verschiedene Substanzen zudem stark von deren Konzentration im Analysat abhängt, muss bei der Angabe von Kreuzreaktivitäten, z. B. durch Testhersteller, jeweils auch die Konzentration, bei der gemessen wurde, angegeben werden. Auch bei niedrigen Kreuzreaktivitäten einer Substanz muss, bei deren hoher Dosierung, die Möglichkeit eines falsch-positiven Ergebnisses berücksichtigt werden. So kann beispielsweise

beim Opiatscreening eine hohe Konzentration an Phenothiazinen, bei nur geringer Kreuzreaktivität, wegen der großen Menge, zu einem opiat-positiven Befund führen. (SCHÜTZ 1999)

3.2.8. In Vivo- und In Vitro-Einflüsse

3.2.8.1. Biotransformation und Pharmakokinetik

Während ein Wirkstoff den Körper passiert, wird er zumeist verändert. Es erfolgen mehr oder weniger intensive Umwandlungen in sogenannte Metabolite, welche z. B. eine bessere Ausscheidung über die Niere ermöglichen. Das vollständige Muster der Stoffwechselprodukte liegt meist erst im Harn vor, im Blut dagegen treten neben der Muttersubstanz häufig nur wenige Hauptmetabolite auf. Auf die große Bedeutung der Biotransformation und Pharmakokinetik für den immunchemischen Nachweis wurde schon wiederholt hingewiesen. Die dabei entstehenden Stoffwechselprodukte können verschieden starke immunchemisch relevante Kreuzreaktivitäten für den eingesetzten Test haben. Der beim Immunoassay resultierende Zahlenwert ist also von den Konzentrationen und Kreuzreaktivitäten der Muttersubstanz und ihrer Stoffwechselprodukte abhängig, wobei die Kreuzreaktivitäten selbst, wie bereits beschrieben, konzentrationsabhängig sind. Eine differenzierende quantitative Auswertung ist somit für die meisten Tests nicht möglich, Ausnahme bilden Immunoassays mit hochspezifischen Antikörpern. Und auch für die Interpretation der Testergebnisse ergeben sich Schwierigkeiten durch die Biotransformation. So kann z. B. nach der Biotransformation mancher Stoffe kein exakter Rückschluss mehr auf eine bestimmte Muttersubstanz gezogen werden, wie das Beispiel des, als Analgetikum eingesetzten, Morphin zeigt. Es kann aus der Biotransformation von Codein, Diamorphin (Heroin) und einer ganzen Reihe anderer Muttersubstanzen hervorgehen. Neben der Biotransformation spielt auch die individuelle Pharmakokinetik eine wichtige Rolle, in der Weise, dass sie stark die Art und die Konzentration des Vorkommens von Fremdstoffen in einer Körpersubstanz beeinflusst. Hierzu zählen als wichtige Einflüsse zum einen jene, welche im Zusammenhang mit der Substanzeinnahme stehen, wie Dosis, Art und Häufigkeit der Substanzeinnahme. Und zum anderen die Einflussgrößen, welche durch den individuellen Organismus bestimmt sind. Dazu zählen Gewicht, Größe, Alter und Geschlecht des Konsumenten, außerdem Erkrankungen (v. a. der Ausscheidungsorgane), Beeinflussungen enzymatischer Aktivitäten und First-pass-Effekte, die individuelle Pharmakokinetik, aber auch Interaktionen mit anderen, im Körper befindlichen Fremdstoffen. All diese Faktoren haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Interpretation der immunchemischen Befunde, und damit auf die

Beantwortung der Fragen zum Zeitpunkt und zur Zeitspanne des Konsums der nachgewiesenen Substanz. (SCHÜTZ 1999)

3.2.8.2. Mindesterkennungszeit und maximale Nachweiszeit

Die Mindesterkennungszeit, auch als „lag-time“ bezeichnet, wurde schon im Abschnitt „das Untersuchungsmaterial“ angesprochen. Es handelt sich dabei um das Phänomen, dass insbesondere dann, wenn ein Stoff erstmalig oder nur gelegentlich eingenommen wird, dieser, kurze Zeit nach der Applikation, trotz pharma- und toxikologisch relevanter Konzentration im Blut, noch nicht in nachweisbaren Mengen im Harn vorliegt. Beeinflusst wird die Mindesterkennungszeit v. a. durch die im letzten Abschnitt beschriebenen Einflussgrößen der Biotransformation und Pharmakokinetik. Zwar lässt sie sich nicht in einem exakten Wert festlegen, doch die Erfahrung zeigt, dass bei den meisten, hier behandelten, Stoffen ein Nachweis im Urin binnen einer Stunde nach der Einnahme erwartet werden kann. In der Praxis wird es daher als sinnvoll erachtet, bei Verdacht auf Drogenkonsum, sofort und, nach einem negativem Testergebnis, eine Stunde später noch einmal, eine Urinprobe zu nehmen.

Auch die maximale Nachweismöglichkeit wurde bereits im Abschnitt des Untersuchungsmaterials angesprochen. Sie ist eng verknüpft mit der Elimination eines Stoffes und damit u. a. abhängig von den Verhältnissen seiner Absorption bzw. Resorption, vom Einfluss anderer, im Organismus befindlicher Fremdstoffe, wie z. B. der Nahrung oder von Medikamenten und von seiner Pharmakokinetik. Außerdem hängt sie vom Alter, von Krankheiten und der Gewöhnung des Konsumenten ab, und erheblich auch von dessen Wasserhaushalt und von der Ausscheidung über die Nieren. Aufgrund dieser multifaktoriellen Abhängigkeit lassen sich für die maximale Nachweisbarkeitsdauer und ebenso für die Wirkdauer von Substanzen nur Richtwerte angeben. Alle folgenden Angaben stellen zu erwartende Werte beim sceneüblichen Konsum der Drogen dar. Dabei geht man für Amphetamine von einer Wirkdauer von 1- 2 Stunden aus, während für die Nachweisbarkeitsdauer im Blut 6 Stunden und im Harn ca. 3 Tage angenommen werden. Die Zeitspanne der Cannabiswirkung eines Joints wird auf 2- 4 Stunden geschätzt, die betreffende Nachweisbarkeitsdauer beträgt im Blut etwa 12 Stunden und im Harn etwa 3- 7 Tage, bei chronischem Konsum sogar Wochen. Die Wirkung einer Heroinapplikation hält etwa 3- 6 Stunden an und die Nachweisbarkeit der Substanz bzw. ihrer Metabolite besteht im Blut für etwa 12 Stunden und im Harn für etwa 3 Tage. Schließlich werden für die Wirkdauer einer Kokaindosis 1- 2 Stunden angegeben, für deren Nachweisbarkeitsdauer im Blut etwa 6 Stunden und im

Harn rund 3 Tage. Alle genannten Substanzen lassen sich in den Haaren von Konsumenten noch nach Monaten nachweisen. (SCHÜTZ 1999)

3.2.8.3. In Vitro-Einflüsse

Auch nach der Gewinnung des Untersuchungsmaterials muss mit qualitativen und quantitativen Veränderungen der Probe gerechnet werden. Bei sachgemäßer Lagerung fallen diese in den ersten Tagen nicht ins Gewicht. Da immunchemische Screeningtests teilweise jedoch erst nach einer längeren Lagerungszeit der Proben erforderlich werden, war es notwendig, den Einfluss verschiedener Parameter auf die Reproduzierbarkeit von Testergebnissen zu untersuchen. Bei einer Untersuchung wurden Proben für einige Wochen (6- 10) bei verschiedenen Temperaturen (+4°C, -20°C und +20°C), außerdem unter 8-stündiger Bestrahlung mit UV-Licht und unter der Simulation extremer Transportbedingungen (3 Tage Fahrt im PKW bei Temperaturen zwischen 15 und 55°C) gelagert und danach auf ihre Qualität und Quantität hin untersucht. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass auch nach längerer Lagerung unter den beschriebenen Bedingungen valide Testergebnisse zu erwarten sind. Insbesondere gilt dies für Cannabinoide, Amphetamine und Opiate. Nur beim Kokain-Test traten Verluste nach längerer Lagerung bei Zimmertemperatur auf. Diese waren möglicherweise durch Bakterien verursacht. Zu den In Vitro-Einflüssen zählen außerdem alle Phänomene, welche durch die Wahl ungeeigneter Probenbehältnisse hervorgerufen werden. Denkbar sind Flüssigkeitsverluste aus nicht vollständig geschlossenen Probenbehältern, Oxidationsreaktionen durch den Zutritt von Sauerstoff zur Probe, Adsorptions- und Absorptionseffekte und die Einschleppung störender Substanzen.

Aus dem Vorgegangenen wurde deutlich, dass verschiedene Einflüsse zu falschen Probenergebnissen führen können. Es ist daher umso wichtiger, jedes Testergebnis auf seine Plausibilität hin zu hinterfragen. Lässt sich ein Probenergebnis nicht mit dem Zustandsbild des Probanden vereinbaren oder lässt sich ein Trend im Konsum einer Testperson nicht vernünftig erklären, dann muss die Richtigkeit des entsprechenden Testergebnisses angezweifelt werden. Dies dient sowohl dem Schutz des Probanden als auch der Aufdeckung eventueller Probenfälschungen. (SCHÜTZ 1999)

3.2.9. Notwendigkeit der Bestätigungsanalytik

Immunoassays werden angewandt, um auf schnelle, unkomplizierte und kostengünstige Weise eine Vorentscheidung darüber treffen zu können, ob bei einer Person der Konsum bestimmter Drogen vorliegt, oder ob dies nicht der Fall ist. Wichtig ist, dass diese ersten

Ergebnisse dann kritisch, vor dem Hintergrund des klinischen Bildes, überprüft werden. Zusätzlich wird zumindest bei positiven Testergebnissen fast immer gefordert, dass diese ein zweites mal überprüft werden. Dies muss sinnvoller Weise mit einem spezifischeren Verfahren, welches auf einer anderen chemischen oder physikalischen Methode basiert, erfolgen. Als Bestätigungsverfahren der Wahl werden die Gaschromatographie/ Massenspektroskopie (GC/ MS) und neuerdings auch die Kombination von Hochdruckflüssigkeitschromatographie/ Massenspektrometrie (LC/ MS) empfohlen. Weitere zur Auswahl stehende Bestätigungsverfahren, welche von der Deutschen Forschungsgesellschaft für klinisch-toxikologische Analytik geprüft und empfohlen wurden, sind die Dünnschichtchromatographie (DC), die Gaschromatographie (GC), die Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC), die UV-Spektroskopie/ Diode-Array-Detection (DAD), die Massenspektrometrie (MS) und noch weitere Verfahren. (Schütz 1999)

3.2.10. Einzelne Testsubstanzen

Im Folgenden wird das Screening einzelner Substanzgruppen, welche beim Drogenscreening im Rahmen arbeitsmedizinischer Untersuchungen regelmäßig von Interesse sind, näher beleuchtet. Dabei werden auch die unterschiedlichen rechtlichen Stellungen der einzelnen Substanzen, welche durch die Tests erfasst werden, erläutert. Außerdem wird auf bestehende strukturelle Verwandtschaften von illegalen Drogenstoffen und gängigen Medikamenten hingewiesen und auch auf andere Stoffe, welche zu positiven Drogentests führen können, ohne, dass tatsächlich der missbräuchliche Konsum einer illegalen Droge bestand. Und schließlich werden auch Richtwerte für die Nachweisbarkeitsdauer der einzelnen Substanzen in Blut und Urin angegeben.

Bei der Stoffgruppe der Amphetamine muss zwischen den klassischen Derivaten wie Amphetamin, Fenetyllin und Methamphetamin und den Designerdrogen unterschieden werden. Erstere sind nach Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel. Aufgrund ihrer stimulierenden Wirkung auf das zentrale Nervensystem wurden bzw. werden sie zur Behandlung von Adipositas, Hypotonie und Narkolepsie angewandt. Bei den Designerdrogen hingegen handelt es sich um eigens entworfene und synthetische hergestellte Derivate bekannter psychotroper Substanzen, welche häufig stärkere und mitunter andere Eigenschaften, als die Muttersubstanz besitzen. Zu der Fülle dieser, nicht verkehrsfähigen, Betäubungsmittel, gehören MDA (Methylenedioxyamphetamin), MDE oder MDEA (Methylenedioxyethylamphetamin), MDMA (Methylenedioxymethamphetamin), DOM (Dimethoxymethylamphetamin) und eine Reihe anderer Substanzen.

Wenn Tests zur Bestimmung des Konsums jener Substanzen durchgeführt werden, dann sollten, wie schon früher erwähnt, die von den Testherstellern gemachten Angaben und Empfehlungen bezüglich Sensitivität, Cut-off-Werten, Spezifität und Kreuzreaktivitäten der verschiedenen Tests beachtet werden, um aus den Testergebnissen die entsprechenden Folgerungen ziehen zu können. Bei den Amphetaminen ist interessant, dass neben den zu erwartenden Kreuzreaktivitäten der verschiedenen bekannten Amphetaminderivate, auch andere Stoffe zu amphetaminpositiven Testergebnissen führen. So können z. B. aus dem Antiparkinsonmittel Selegilin und aus dem Psychoanaleptikum Amfetaminil im Laufe der Biotransformation Methamphetamin bzw. Amphetamin entstehen. Außerdem wurden positive Testergebnisse nach der Einnahme des Süßstoffes Cyclamat festgestellt und es wird vermutet, dass auch der Verzehr größerer Mengen von Nahrungs- und Genussmitteln, welche Tyramin enthalten (z. B. ausgereifter Käse, bestimmte Rotweinsorten und Schokolade), zu amphetaminpositiven Testergebnissen führen könnte. Allerdings berichtet Harald Schütz von Selbstversuchen, bei denen nach dem Genuss von 0,7 Litern Chianti, 200 Gramm altem Gouda und 1 Tafel Bitterschokolade, lediglich Werte bis maximal 31 ng / ml zu beobachten waren, wobei die gebräuchlichen Cut-off-Werte bei 300 ng / ml und höher liegen. Auch die Applikation von Tramadol verursacht eventuell amphetaminpositive Testergebnisse. Aus dem Genannten wird erneut die Unverzichtbarkeit der Bestätigungsanalytik, gerade bei Amphetamintests, augenscheinlich. Das Problem falsch-negativer Tests hingegen, zeigte sich bei dieser Stoffgruppe bisher nicht. Positive Tests dagegen können im Blut bis zu etwa 6 Stunden und im Urin ca. 1 bis maximal 3 Tage nach dem Konsum nachgewiesen werden, wobei die Ausscheidung der Substanzen stark vom pH-Wert des Urins abhängt. Die Ansäuerung des Urins, z. B. durch aufgenommene Nahrungsmittel oder Medikamente bewirkt eine Beschleunigung, die Alkalisierung dagegen eine Verzögerung der Ausscheidung der Substanzen.

Wie schon im Kapitel 1 dargestellt, stellen die Cannabinoide Teile der Hanfpflanze bzw. deren Harz, dar, welche unterschiedliche Konzentrationen des Hauptwirkstoffes Tetrahydrocannabinol (THC) enthalten. Allgemein gilt, dass alle THC enthaltenden Stoffe, laut Anlage I B § 1 Abs. 1 BtMG nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel darstellen. Ausnahmen bestehen dabei lediglich für den kontrollierten Anbau von Nutzhanf, mit den, unter dem Buchstaben „d“ genau festgelegten Einschränkungen, sowie den unter dem Buchstaben „b“ beschriebenen Handel und die Verarbeitung von Cannabispflanzen, z. B. zur Gewinnung von Fasern, die vielseitig verwendet werden. Nach Anlage II zu § 1 Abs. 1 BtMG handelt es sich bei THC um ein verkehrsfähiges, aber nicht verschreibungsfähiges

Betäubungsmittel. Das, in den USA zugelassene Arzneimittel Marinol, welches gegen Erbrechen unter Zytostatikatherapie, sowie bei AIDS-Patienten mit starkem Gewichtsverlust eingesetzt wird, darf, gemäß § 73 Abs. 3 AMG mit Erlaubnis nach § 3 BtMG bei Vorlage einer ärztlichen Verschreibung eingeführt werden.

Cannabistests weisen aufgrund ihrer Spezifität und der Kreuzreaktivität ausschließlich Stoffwechselprodukte von Cannabinoiden nach. Falsch-negative Testergebnisse wurden nicht beobachtet. Allerdings stellt sich bei dieser Stoffgruppe die Frage, ob auch bei einem Passivraucher ein Drogentest positiv ausfallen kann. In älteren Studien wurde mit einem sehr empfindlichen Immunoassay (Schwellenwert 20 ng/ ml; die gebräuchlichen Cut-off-Werte liegen bei 25- 50 ng/ ml), nach der passiven Inhalation positive Testergebnisse erhalten. Allerdings fanden diese Untersuchungen unter extremen Bedingungen statt. So befand sich der Passivraucher z. B. zusammen mit drei Marihuanarauchern in einem geschlossenen Wagen. Spätere Untersuchungen unter realistischeren Voraussetzungen ergaben bei einem gleich niedrigen Schwellenwert allerdings keine positiven Testergebnisse. Andererseits werden jedoch Schwellenwerte von 40 bis 50 ng THC-Carbonsäure pro ml Harn für die Differenzierung Aktiv-/ Passivrauchen genannt. Sicherlich kann man jedenfalls ausschließen, dass ein durch aktives Rauchen bedingter Wert knapp unter dem Schwellenwert, durch zusätzliches Passivrauchen additiv aufgestockt, zu einer Cannabinoidkonzentration mit positivem Testergebnis führt. Einige Autoren untersuchten auch die Frage, ob in den freiverkäuflichen Nahrungsmitteln auf Hanfbasis Tetrahydrocannabinol enthalten ist und ob sich nach deren Verzehr forensisch relevante Konzentrationen in Blut oder Harn nachweisen lassen. Die Untersuchungen ergaben, dass nach der einmaligen Einnahme von 40 ml Hanfspeiseöl einer bestimmten Sorte THC-Carbonsäuren (THC-COOH) im Harn nachgewiesen werden konnten und erst nach 60 bis 70 Stunden wieder den Cut-off-Wert von 25 ng THC-COOH/ ml unterschritten. Und auch nach dem Verzehr von Hanfschnitten lag die THC-COOH-Konzentration im Urin der Probanden knapp unter dem Cut-off-Wert. Nach dem Genuss von 5 Energieriegeln wurde ein positives Testergebnis festgestellt. Eine andere Untersuchung zeigte, dass ein positiver Cannabisbefund im Rahmen einer Haaranalyse nicht mit dem Gebrauch von Haarpflegemitteln auf Hanfbasis zu erklären ist. Es bestehen gegenwärtig Bestrebungen, maximal zulässige THC-Gehalte für Hanfprodukte festzulegen und diese zu kontrollieren. Für die Nachweisbarkeitsdauer des Cannabiskonsums gelten als Richtwerte, dass in THC etwa 5 bis 12 Stunden und THC-Carbonsäure mehrere Tage nachgewiesen werden kann. Im Harn lässt sich THC-Carbonsäure noch Wochen bis Monate nach dem letzten Gebrauch feststellen.

Beim Kokain unterscheidet man zwischen dem, nach Anlage III zu Abs. 1 BtMG verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel (-)-Methyl-[3β-benzoyloxy-2β(1aH,5aH)-tropancarboxylat] und dem d-Kokain (+)-Methyl-[3β-benzoyloxy-2a(1aH,5aH)-tropancarboxylat], bei welchem es sich nach der Anlage II zu § 1 Abs. 1 BtMG um ein verkehrsfähiges aber nicht verschreibungsfähiges Betäubungsmittel handelt. Die pharmakodynamisch wirksamste Form des Kokain stellt die freie Base des Kokain dar, welche allerdings äußerst instabil ist. Deswegen wird für die Lagerung und den Transport die beständigere Salzform, wie z. B. das Kokain-Hydrochlorid eingesetzt. Aus diesem gewinnt der Endverbraucher dann die freie Base, entweder durch die Extraktion mittels eines geeigneten Lösungsmittels oder durch Erhitzen des Salzes mit anorganischen Basen, wie z. B. Backpulver. Die Verstoffwechslung von Kokain im Körper geschieht rasch. Es entstehen dabei die inaktiven Produkte Benzoyllecgonin und Methylecgonin, neben wenig Ecgonin und Norkokain. Beim Kokainscreening wird hauptsächlich das Stoffwechselprodukt Benzoyllecgonin erfasst. Während Kokain selbst sich im Blut nur ca. 6 Stunden und im Harn für Gewöhnlich 6 - 12 Stunden nachweisen lässt, ist der Nachweis von Benzoyllecgonin im Blut und im Harn mehrere Tage nach der letzten Einnahme möglich. Die Packungsbeilagen der Tests enthalten die Substanzen mit Kreuzreaktivitäten zu den getesteten Substanzen. Allerdings sind deren Kreuzreaktivitäten sehr gering, so dass erst starke Überdosierungen der Substanzen sich auf die Tests auswirken. Es kommt daher kaum zu falsch-positiven Kokaintests. Über das Vorkommen falsch-negativer Testergebnisse ist bisher nichts bekannt.

Lysergid (LSD) ist nach Anlage I B zu § Abs. 1 BtMG ein nicht verkehrsfähiges Betäubungsmittel. Es wird in sehr niedrigen Konzentrationen eingenommen (ca. 0,02 bis 0,3 mg), woraus sich der Nachweis bei den niedrigen Konzentrationen in den Körperflüssigkeiten erschwert. Die Nachweisbarkeitsdauer von LSD ist sehr stark dosisabhängig und bewegt sich im Harn um 1 bis 2 Tage. Da z. B. nach der Einnahme von Ambroxol oder des Antidepressivum Sertralin falsch-positive Testergebnisse auftreten können, ist die Bestätigungsanalytik bei LSD-Tests unumgänglich.

Die Stoffgruppe der Opiate umfasst eine Vielzahl verschiedener Stoffverbindungen, welche zum Teil zu therapeutischen Zwecken verwendet, oder auch als Suchtmittel gebraucht werden. Codein und Dihydrocodein zählen zu den verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln der Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG. Die Hauptwirkungen der beiden Stoffe liegen in der Hemmung des Hustenreflexes sowie in einer schwachen analgetischen Wirkung. Die therapeutischen Dosierungen als Hustenmittel betragen für Codein 10 bis 50 mg und für Dihydrocodein 20 bis 30 mg, wobei nach

Toleranzentwicklung extreme Überdosierungen beobachtet werden. Codein wird zum Teil unverändert ausgeschieden, im Organismus aber auch zu Norcodein und Morphin verstoffwechselt. Dihydrocodein wird ebenfalls zu einem großen Teil unverändert eliminiert, daneben auch zu Nordihydrocodein, Dihydromorphin und Nordihydromorphin verstoffwechselt.

Entgegen den beiden genannten Stoffen ist der Stoff Heroin (Diamorphin) nach Anlage I B zu § 1 Abs. 1 BtMG ein nicht verkehrsfähiges Betäubungsmittel. Der Heroingehalt von Straßenheroin unterliegt beträchtlichen Schwankungen. Die Dosierungen betragen, je nach Gewöhnung, etwa 50 bis 250 mg i. v. Heroin wird im Organismus sehr schnell in 6-Monoacetyl-morphin (MAM) transformiert und dann im Wesentlichen zu Morphin verstoffwechselt.

Ein Nachweis von Morphin in einer Körperflüssigkeit muss allerdings nicht auf die Einnahme von Heroin zurückzuführen sein. Wie vorhin beschrieben, entsteht Morphin auch in größeren Mengen bei der Verstoffwechslung von Codein und auch bei einigen anderen Opiaten, wie z. B. Benzylmorphin, Ethylmorphin, und Nicomorphin. Einen sicheren Indikator für die Applikation von Heroin stellt dagegen der Nachweis von 6-Monoacetylmorphin (MAM) dar. Morphin ist ein verkehrsfähiges und verschreibungsfähiges Betäubungsmittel der Anlage III zu § 1 Abs. 1 BtMG. Therapeutisch von Bedeutung ist v. a. seine analgetische Wirkkomponente. Die Dosierungen liegen zwischen 5 und 20 mg, wobei nach der Entwicklung einer Toleranz extreme Überdosierungen vertragen werden. Ausgeschieden wird Morphin zu einem Teil unverändert, daneben erfolgen im Organismus aber auch Biotransformationen zu Morphinkonjugaten, hauptsächlich mit Glucuroniden. Der Nachweis von Morphin in Blut oder Harn kann, wie schon beschrieben, neben einer tatsächlichen Morphineinnahme, auch auf die Applikation anderer Opiate zurückzuführen sein. Für alle Opiate gilt die ungefähre Nachweisbarkeitsdauer von mehreren Stunden bis wenigen Tagen im Blut und 2 bis 3 Tagen nach der letzten Einnahme für den Nachweis im Urin, wobei nach missbräuchlicher Einnahme auch jeweils längere Nachweiszeiten möglich sind.

Da es auch durch den Verzehr von Mohnsamen, z. B. in Mohnbrötchen oder Mohnkuchen, zur Aufnahme von Opiaten kommt, ist, je nach der Empfindlichkeit der eingesetzten Analysenmethode und dem Opiatgehalt, nach dem Verzehr von mohnhaltigen Nahrungsmitteln, für einige Stunden ein positiver Opiatenachweis möglich.

Die enge strukturelle Verwandtschaft und die folglich starke Kreuzreaktivität zwischen den verschiedenen Opiaten ermöglicht den Nachweis eines großen Spektrums verschiedener Opiate mittels eines immunchemischen Opiatassays. Allerdings leidet beim Nachweis mittels

eines solchen allgemeinen Opiatetests die Differenzierbarkeit zwischen den Substanzen. So kann ein Morphin-nachweisender Test, wie schon gesagt, sowohl einen Hinweis auf den Gebrauch von Heroin, als auch auf die therapeutische Einnahme eines Codein enthaltenden Hustensafts oder gar auf den Genuss von Mohnkuchen geben, da allesamt über Morphin verstoffwechselt werden. Eine sichere Zuordnung eines positiven Opiatetests zum Konsum von Heroin ist nur über 6-Monoacetylmorphin (MAM), z. B. durch eine Bestätigungsanalyse über GC-MS möglich. Neben der breiten Kreuzreaktivität zwischen den Opiaten kommt es bei hochdosierter Einnahme verschiedener anderer therapeutischer Substanzen, wie Cyclazocin, Levallorphan, Picendalol, Promethazin, Amitriptylin, Carbamazepin und Ofloxacin zu falsch-positiven Opiatetestergebnissen. Dahingegen ist über das Vorkommen falsch-negativer Ergebnisse bei tatsächlichem Opiate-gebrauch nichts bekannt. (SCHÜTZ 1999)

Die modernen Immunoassays haben sich als Screeningverfahren inzwischen weltweit etabliert. Sie ermöglichen, aufgrund ihrer hervorragenden Praktikabilität, große Analysenzahlen, v. a. bei Harnproben, screeningmäßig zu bewältigen. Beim Screening auf die verschiedenen Substanzen muss man sich allerdings der Fehlerquellen bewusst sein, welche zu falsch-positiven bzw. falsch-negativen Testergebnissen führen können. Folglich kommt zum einen der Interpretation von Screeningtestergebnissen und zum anderen der Bestätigungsanalytik große Bedeutung zu. Wichtig zu beachten bei immunchemischen Screeningtests ist außerdem, dass die Ergebnisse nur qualitative oder semiquantitative Aussagen machen können und deswegen auf keinen Fall von einem Testergebnis auf die zugrunde liegende Stoffkonzentration im Analysat geschlossen werden kann.

3.3. Die Drogenproblematik in den USA - betriebliches Drogenscreening

Im Folgenden wird ein Überblick über den Drogenkonsum in der US-amerikanischen Arbeitswelt gegeben, sowie über drogenpolitische Maßnahmen einschließlich des betrieblichen Drogenscreening.

Das betriebliche Drogenproblem in den USA wurde bereits vor etwa zwei Jahrzehnten als kritisch angesehen, woraufhin die Entwicklung drogenpolitischer Maßnahmen, insbesondere durch den Staat, stark vorangetrieben wurde. Die kritische Betrachtung der diesbezüglichen Entwicklungen und Erfahrungen aus den USA soll Denkanstöße liefern für die Beschäftigung mit der entsprechenden Problematik in Deutschland.

3.3.1. Überblick über die Entwicklung des Drogenproblems in den USA

Die Vorgeschichte des heutigen Drogenkonsumverhaltens begann Anfang der 60er Jahre mit einer geringen Zahl von Drogenkonsumenten welche überwiegend Marihuana rauchten. Mitte der 60er und in den 70er Jahren nahm deren Zahl deutlich zu und erreichte 1979, mit etwa 25 Millionen (14,1 % der Bevölkerung) Drogenkonsumenten, ihren Höchststand. Von da an kam es bis 1992 zu einem Rückgang um über die Hälfte auf 12 Millionen (5,8 %) drogenkonsumierender Personen. Der Wert von 2001 liegt mit geschätzten 15,9 Millionen Personen (7,1 % der Bevölkerung) zwar wieder weit über dem von 1992 mit 12 Millionen Drogenkonsumenten, aber er liegt unter dem des Jahres 1979. Die Ursachen, denen man den erneuten Anstieg der Zahl von Drogenkonsumenten seit 1992 zuschreibt, sind hauptsächlich der erhebliche Zuwachs an Drogenkonsumenten bei den Jugendlichen (von 5,3 % 1992 auf 10,8 % aller amerikanischen Jugendlichen 2001) und die Zunahme der amerikanischen Bevölkerung um 10 %. (SAMHSA 2003)

Für das Jahr 2003 zeigt sich erneut ein leichter Anstieg der Drogenkonsumenten gegenüber 2001. Schätzungen zufolge gebrauchten 2003 19,5 Millionen der Amerikaner, in dem Monat vor der Untersuchung, Drogen. Das entspricht einem Anteil von 8,2 % der Bevölkerung im Alter von 12 Jahren und älter. Eine besonders hohe Rate an Drogenkonsumenten fand sich dabei, wie zu erwarten, bei den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren. 2003 gebrauchten 11,2 % von ihnen regelmäßig Drogen.

Zum Großteil handelte es sich bei den Drogen um Marihuana, welches von 7,9 % der Jugendlichen konsumiert wurde. An zweiter Stelle standen die von 4,0 % konsumierten verschreibungspflichtigen Medikamente. 1,3 % gebrauchten Inhalantien, 1,0 % Halluzinogene und 0,6 % Kokain.

Die höchste Drogenkonsumrate fand sich mit 20,3 % allerdings bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren. Marihuana stand auch bei diesen an erster Stelle (17,0 % der Altersgruppe gebrauchte die Droge), gefolgt von den verschreibungspflichtigen Medikamenten, welche von 6,0 %, Kokain, das von 2,2 % und den Halluzinogenen, welche von 1,7 % der jungen Erwachsenen konsumiert wurden.

Von den 26jährigen und älteren Erwachsenen gaben in einer Befragung 5,6 % an, regelmäßig illegale Drogen zu konsumieren. Bei 4,0 % handelte es sich bei der konsumierten Substanz um Marihuana, bei 1,9 % um verschreibungspflichtige Medikamente. 0,8 % der Altersgruppe gaben an, regelmäßig Kokain zu gebrauchen, 0,1 % Halluzinogene und ebenfalls 0,1 % Inhalantien.

Marihuana war in allen Altersgruppen die am häufigsten gebrauchte illegale Droge.

So gaben in der Befragung im Jahr 2003 14,6 Millionen Personen an, Marihuana während des vorhergehenden Monats gebraucht zu haben. Unter den regelmäßig Drogen Konsumierenden nutzten 75,2 % Marihuana. Von den Marihuanakonsumenten gebrauchten 12,2 % (3,1 Millionen Personen) die Droge an 300 oder mehr Tagen des vorangehenden Jahres, also fast täglich. Geschätzte 2,3 Millionen Personen (1,0 % der Bevölkerung ab 12 Jahren) konsumierten zur Zeit der Befragung Kokain. Halluzinogene wurden von 1,0 Millionen Personen konsumiert, und die Zahl der Heroinkonsumenten wurde auf ca. 119.000 geschätzt.

Außerdem erwähnenswert ist die große Gruppe derjenigen, die Psychotherapeutika, ohne medizinische Indikation, einnahm. 2003 missbrauchten 6,3 Millionen Personen (2,7 % der Population von 12 Jahren und älter) Schmerz- und Beruhigungsmittel, Stimulantien und Sedativa.

Bezüglich neu hinzukommender Konsumenten zeigten sich während der letzten Jahre bei den einzelnen Substanzen unterschiedliche Trends.

Die Zahl der Marihuanakonsumenten zeigte, nach ihrem Tiefpunkt 1990, einen erneuten Anstieg bis 1995. Zwischen 1995 und 2002 gab es keinen eindeutigen Trend. Vielmehr schwankten die Schätzungen während dieses Zeitraums zwischen 2,4 und 2,9 Millionen neuer Marihuanakonsumenten pro Jahr. Über zwei Drittel (69 %) davon waren jünger als 18 Jahre und über die Hälfte (53 %) weiblich.

Für die Substanzen LSD (von 631.000 zu 272.000) und Ecstasy (von 1,8 Millionen zu 1,1 Million) zeigten sich deutliche Rückgänge in den Konsumentenzahlen während der Jahre 2002 und 2003, entsprechend dem Abwärtstrend bei den Halluzinogenen im Allgemeinen.

Bei den Schmerzmitteln dagegen ließ sich eine Zunahme neuer Konsumenten von 1990 (573.000) bis 2000 (2,5 Millionen) feststellen. Bis zum Jahr 2002 blieb die Zahl derer, die Schmerzmittel missbrauchten, dann konstant bei 2,5 Millionen.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung bei den Drogenkonsumenten überwog 2003, wie auch in den vorangegangenen Jahren, die Zahl der drogenkonsumierenden Männer stark die der Frauen (10,0 % der Männer und 6,5 % der Frauen konsumierten Drogen).

Und auch zwischen den verschiedenen ethnischen Gruppen lagen bezüglich des Drogenkonsums große Unterschiede vor. Am größten war die Rate der gegenwärtigen Drogenkonsumenten unter den Indianern oder den aus Alaska Stammenden (12,1 %). Die Rate bei Personen mit zwei oder mehr Rassen betrug 12,0 % und die der Hawaiianer oder von anderen pazifischen Inseln Stämmigen 11,1 %. Der Anteil der Weißen machte 8,3 %, der für Spanier 8,0 % und für Schwarze 8,7 % aus. Die Asiaten stellten, mit nur 3,8 % den kleinsten Anteil an den Drogenkonsumenten.

Wie erwartet, bestanden auch eindeutige Zusammenhänge zwischen dem Bildungsstand von Personen und deren Gebrauch illegaler Drogen. Bei den jungen Erwachsenen waren unter den College-absolventen weniger Drogenkonsumenten (5,2 %) zu finden, als unter den High-school-absolventen (8,3 %) und hier wiederum mehr, als unter denen, die irgendeine niedrigere Schule besucht hatten (9,2 %).

Und auch hinsichtlich der Beschäftigung von Personen und deren Drogenkonsum zeigte sich ein enger Zusammenhang. Im Jahr 2003 gebrauchten zur Zeit der Untersuchung geschätzte 18,2 % der arbeitslosen Erwachsenen über 18 Jahre Drogen, wohingegen man bei den Vollzeitbeschäftigten von 7,9 %, und bei den Teilzeitbeschäftigten von 10,7 % Drogenkonsumenten ausging. Obgleich die Rate der Drogenkonsumenten unter den Arbeitslosen höher war als unter den Beschäftigten, so zeigte sich doch, dass die Mehrzahl der Drogenkonsumenten in einem Arbeitsverhältnis stand. Von den 16,7 Millionen Konsumenten illegaler Drogen im Alter von 18 Jahren und älter waren 2003 74,3 % teil- oder vollbeschäftigt. (SAMHSA 2005)

3.3.2. Geschichte des betrieblichen Drogenscreenings in den USA

Die erste Anwendung von Drogenscreening im großen Rahmen erfolgte durch das amerikanische Militär. Es sollte damit zunächst der Heroinkonsum unter den, aus dem Vietnamkrieg zurückkehrenden, Soldaten aufgedeckt werden. In den frühen 70er Jahren wurde Drogenscreening auf alle Soldaten, welche sich zum Militärdienst meldeten, ausgeweitet.

Im September 1986 beauftragte Präsident Reagan dann mittels Regierungsanordnung 12564 jede staatliche Behörde mit der Entwicklung von umfassenden Programmen, die zum Ziel haben sollten, den Drogenkonsum bei staatlich Bediensteten zurückzudrängen. Es sollte auch „Screening auf den Gebrauch illegaler Drogen bei Beschäftigten in sicherheitsrelevanten Positionen“ (GERSON und SUBRAMANIAM, 1998) beinhalten. Zum einen sollte damit Hilfestellung für die Behandlung des Problems gegeben und zum anderen signalisiert werden, dass illegaler Drogengebrauch mit dem Staatsdienst nicht vereinbar sei. Begründet wurde dies zum einen mit der Aufgabe aller staatlichen Einrichtungen, sich um das Wohlergehen der Mitarbeiter zu sorgen, und weiterhin mit der Erfüllung von Firmenaufträgen und der Erhaltung der Arbeitsleistung der Mitarbeiter. Es wurde außerdem vorgeschlagen, ein solches Programm auch im privaten Wirtschaftssektor zu nutzen. (GERSON und SUBRAMANIAM, 1998)

Die Initiative brachte das „Federal Drug-Free Workplace“-Programm hervor, ein staatliches Programm, welches fünf Hauptkomponenten beinhaltete und den Drogenkonsum am Arbeitsplatz vermindern sollte. In einem Regelwerk waren die Erwartungen von Arbeitgeberseite bezüglich des Drogenkonsums und die Konsequenzen bei Verstößen gegen jene Forderungen, schriftlich festgehalten. Es wurde Wert darauf gelegt, eine vertrauliche Basis für die Problembewältigung zu schaffen. In diesem Sinne wurden „Employee Assistance“-Programme entwickelt, welche die Beratung von Hilfesuchenden, eine eventuell nötige Vermittlung zu einer Behandlung und die weitere Unterstützung nach der Behandlung gewährleisten sollten. Weiterhin beinhaltete das Programm die Schulung Vorgesetzter bezüglich der „Drug-Abuse Policy“, einer Richtlinie zum Drogenmissbrauch innerhalb des Unternehmens. Dabei wurde die Verantwortung von Vorgesetzten gegenüber Beschäftigten, im Falle deren Leistungsbeeinträchtigung und Auffälligwerden, definiert und die Vorgesetzten darin geschult, Arbeitnehmer mit Problemen wahrzunehmen und auf sie zuzugehen. Ein weiterer wichtiger Punkt des Programms bestand in der Schulung der Arbeitnehmer. Es wurden dabei die Anzeichen von Drogenbeeinflussung bei Personen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit erklärt und das Programm vorgestellt.

Und auch Drogenscreening im Sinne des „Federal Mandatory Drug-Testing“ (staatlich verpflichtendes Drogenscreening), sollte Teil des Drug-Free Workplace-Programms sein.

Im Juli 1987 wurde das Gesetz, welches die staatlich verpflichtende Drogentestung ermöglichte, vom Parlament verabschiedet.

In diesem Zusammenhang bemühte man sich um die Vereinheitlichung bestehender Drogenscreeningpläne, um die Qualitätssicherung der Drogentestungen, die Klärung des Datenzugangs für die betroffenen Mitarbeiter, die Etablierung der Glaubwürdigkeit der Testergebnisse und eine zentrale Beaufsichtigung des staatlichen Drogentestungsprogramms.

Schließlich wurden für das Federal Mandatory Drug-Testing Richtlinien, die sowohl technischer als auch naturwissenschaftlicher Art waren, vom nationalen Institut für Drogenmissbrauch (National Institute on Drug Abuse, NIDA), einer Abteilung des Gesundheitsministeriums, unter dem Namen „Mandatory Guidelines for federal Drug Testing Programs“ veröffentlicht. Diesen Richtlinien mussten nun alle staatlichen Behörden folgen, indem sie jene staatlich verpflichtenden Drogentestungsprogramme initiierten.

Das Ministerium für Transportwesen gab eigene, verbindliche Richtlinien des Drogenscreening für die ihm unterstehenden privaten Arbeitgeber heraus, ebenso verfahren die Atomkraftkommission und das Verteidigungsministerium. (GERSON und SUBRAMANIAM, 1998)

Fast parallel zum Beginn der Federal Drug-Free Workplace-Programme, wurde auch der „Drug-Free Workplace Act“ von 1988 verabschiedet. Dieser forderte von fast allen staatlichen Auftragnehmern und Empfängern staatlicher Zuschüsse, ebenfalls Schritte in Richtung eines drogenfreien Arbeitsplatzes. Ähnlich wie beim Drug-Free Workplace-Programm für die staatlichen Behörden, waren auch hier verpflichtende Richtlinien zum Drogenmissbrauch, sowie ein Aufklärungs- und Schulungsprogramm enthalten. Zudem regelte es die Benachrichtigung der zuständigen staatlichen Behörde über den Drogenkonsum eines Beschäftigten, sowie das Vorgehen bei Drogenkonsum eines Mitarbeiters. Als entscheidender Unterschied zum staatlichen Drug-Free Workplace-Programm, war in jenem Programm kein Drogenscreening vorgesehen. (WICKIZER et al., 2004)

3.3.3. Aktuelle Situation des betrieblichen Drogenscreenings in den USA

3.3.3.1. Staatliches und privates Drogenscreening

Wie schon oben erwähnt, lässt sich bei den Drogentestungsprogrammen in den USA das staatlich vorgeschriebene Federal Mandatory Drug-testing-Programm von den Programmen unterscheiden, welche primär im Interesse privater Unternehmer stehen.

Dabei orientieren sich viele der privaten Arbeitgeber, bezüglich der Auswahl von Drogenscreeningprogrammen, an dem staatlichen Programm. Dieses Federal Mandatory Drug-Testing-Programm regelt genau jeden Schritt betrieblichen Drogenscreenings. Es beginnt dabei mit den Vorgaben für die korrekte Probennahme gemäß den SAMHSA-Richtlinien und die lückenlose Dokumentation der Probenaufbewahrung, welche bei eventuellen Unsicherheiten bezüglich eines Testergebnisses, dessen Überprüfung bzw. die Wiederholung der Untersuchung, anhand eines aufbewahrten Probenteiles, ermöglicht.

Nach einem ersten Screening mittels Immunoassay in einem SAMHSA-zertifizierten Labor, verlangt das staatliche Programm die Bestätigung eines positiven Testergebnisses unter Anwendung der Gaschromatographie / Massenspektroskopie durch dasselbe Labor. Und schließlich beinhaltet es die Übergabe aller Ergebnisse an den Medical-Review-Officer (MRO), einen Mediziner, dessen Rolle weiter unten genauer erklärt wird.

Was die Auswahl der Testteilnehmer angeht, so wurde, im Rahmen der staatlichen Programme, die Arbeit in bestimmten Positionen als besonders gesundheits- und sicherheitsrelevant eingestuft und dementsprechend die Testung von in diesen Bereichen Beschäftigten verpflichtend gemacht. Daneben sind im Rahmen des staatlichen Drogenscreeningprogrammes Drogentests bei Bewerbern, nach Unfällen, bei begründetem Verdacht und nach der Behandlung des Drogenproblems eines Beschäftigten stichprobenartig

und auch auf freiwilliger Basis vorgesehen. Bei allen Einstellungs- und Stichprobentests muss dabei zumindest auf die Substanzen Marihuana und Kokain getestet werden. Das Screening kann aber auch auf Opiate, Amphetamine und Phencyklidine erweitert werden. Die Schwellen- und Cut-off-Werte, nach denen die Laboratorien die Ergebnisse als negativ oder positiv bewerten, sind ebenfalls durch das Programm festgelegt.

Der vorher bereits genannte Medical Review Officer (MRO) erlangte mit Beginn der staatlichen Drogentestungsprogramme eine neu definierte Rolle. Während zuvor seine interdisziplinären Aufgaben von Personen mit verschiedenen Ausbildungen versehen werden konnten, musste der MRO nun ein handlungsbemächtigter Arzt sein, dessen Tätigkeitsfeld genau festgelegt war. Außerdem war jetzt eine Trennung zwischen dem MRO und dem Labor, welches die Proben bearbeitete, vorgeschrieben. Diese Trennung ist für nicht-staatliche Programme nicht notwendig, wird aber häufig trotzdem eingehalten.

Der Medical Review Officer ist ein Mediziner mit Kenntnissen über die Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem Substanzmittelmissbrauch. Er entstammt keiner speziellen medizinischen Fachrichtung, sondern muss sich gewisse Kenntnisse und Fähigkeiten aneignen, die dann von einer Zertifizierungsstelle überprüft werden. Verantwortlich für die Entgegennahme von Labortestergebnissen, muss er diese interpretieren und ein positives Testergebnis vor dem Hintergrund der medizinischen Vorgeschichte der Person, und unter Berücksichtigung anderer biomedizinischer Informationen, auswerten und eventuelle falsch-positive Testergebnisse aufdecken. Zusätzlich zur Ergebnisüberprüfung und –interpretation kümmert sich der MRO um die weiteren Schritte, wie z. B. die Wiedereingliederung von Mitarbeitern in den Arbeitsprozess. (GERSON und SUBRAMANIAM, 1998)

Private Unternehmen, welche sich aus eigenem Interesse dazu entschließen, Drogenscreenings unter ihren Mitarbeitern durchzuführen, sind nicht an die oben genannten Vorgaben der staatlichen Drogenscreeningprogramme gebunden. Die Rahmenbedingungen für „privates“ Testen sind durch die jeweilige lokale Gesetzgebung vorgegeben und lassen den einzelnen Unternehmen mehr Freiheit in der Gestaltung ihres Drogenscreeningprogrammes, so z. B. in der Wahl der Testsubstanzen, der Festlegung der Cut-off-Werte, u. a. m. Allerdings wählen, wie schon beschrieben wurde, auch viele Privatunternehmer Drogenscreeningprogramme entsprechend den staatlichen

3.3.3.2. Verbreitung des Drogenscreening und Tendenz

Durch den Beschluss der amerikanischen Regierung erlangte betriebliches Drogenscreening in den USA große Bedeutung. Eine beträchtliche Zahl von Unternehmen waren seither

verpflichtet, Drogenscreeningprogramme in ihre Unternehmenskultur aufzunehmen und eine immer größer werdende Zahl der privaten Unternehmen unterschiedlichster Größe folgten aus eigenem Interesse dem Beispiel.

So zeigte sich bei den großen Unternehmen während der 80er Jahre ein steter Zuwachs der Testenden, der sich ab etwa 1992 auf einem relativ konstanten Niveau einpendelte. Eine Studie der American Management Association (AMA) zeigte, dass 1999 etwa 70 % der Großunternehmen Drogenscreeningprogramme unterhielten. (ROUNTREE 2004)

Im Jahr 1996 lag der Anteil bei den großen Unternehmen sogar bei 81 %, nach einem stetigen Anstieg von 22 % im Jahr 1987 und 78 % im Jahr 1995 (AMA 1996).

Schaut man hingegen auf die Gesamtheit der Unternehmen, so stellt man bereits in den späten 80ern und frühen 90ern einen starken Rückgang der Zahl testender Unternehmen fest.

Das Bureau of Labor Statistics machte anhand einer Studie mit 145.000 Unternehmen die Feststellung, dass ein Drittel der Firmen, welche 1988 ein Drogenscreeningprogramm unterhielten, 1990 dieses bereits aufgegeben hatten. Vor allem für kleinere Unternehmen erwiesen sich Drogenscreeningprogramme in der Praxis als unrentabel. Es wird berichtet, dass 46 % der Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten ihr Drogenscreeningprogramm wieder aufgaben. (HAYGKE 1991)

Untersuchungen zu den „Anlässen“ zu welchen Unternehmen Drogenscreenings durchführen liessen, ergaben unterschiedliche Ergebnisse. So führten einer Studie der American Management Association von 1999 nach von den testenden Großunternehmen (das entsprach 70 % der Großunternehmen) 63 % Einstellungstests durch. In einer anderen Studie von 1997 lag der entsprechende Anteil bei nur 39 %. Dabei testeten bei letztgenannter Untersuchung außerdem 30 % der testenden großen Unternehmen bei begründetem Verdacht, 29 % nach Unfällen und 25 % unangekündigt stichprobenartig. Eine Studie der AMA von 1996 wiederum berichtet, dass solche Stichprobenscreens von 33,7 % der testenden Großunternehmen durchgeführt wurden. (ROUNTREE 2004)

3.3.3.3. Hintergründe der Einführung betrieblicher Drogenscreeningprogramme

Interessiert man sich für die Hintergründe der Einführung betrieblicher Drogenscreeningprogramme, so kann man zunächst feststellen, dass Substanzmittelmissbrauch in den USA seit einiger Zeit eines der größten Probleme im Gesundheitswesen, verbunden mit einer signifikanten Morbidität und vorzeitigem Tod, darstellt.

Substanzmissbrauch hat in der Öffentlichkeit große Beachtung gefunden, auch als Risikofaktor für Unfälle in der Arbeitswelt. Unfälle, bei denen Alkohol oder Drogen eine

wichtige Rolle spielten, wurden weltweit bekannt. So trugen z. B. der Flugzeugabsturz auf das Trägerschiff „Nimitz“, der Unfall eines Personenzuges in Maryland, oder der katastrophale Unfall des Öltankers Exxon Valdez in Alaska, dazu bei, dass die öffentliche Sorge hinsichtlich der Rolle des Substanzmissbrauchs bei Arbeitsplatzunfällen wuchs.

Wie bereits beschrieben, begegnete die amerikanische Regierung dieser großen Besorgnis und dem zugrunde liegenden Problem, mit der Verpflichtung aller staatlicher Behörden und der Arbeitgeber, welche dem Ministerium für Transportwesen oder der Atomkraftkommission unterstellt waren, staatliche Drug-Free Workplace-Programme einzuführen. (WICKIZER et al., 2004). Zudem trugen die staatlichen Regulierungen maßgeblich für die Verbreitung der Programme bei, indem sie die Aufmerksamkeit auch jener Arbeitgeber, welche nicht zur Implementierung eines staatlich vorgeschriebenen Programms verpflichtet waren, auf sich zogen. (GERSON and SUBRAMANIAM, 1998)

Bei Befragungen jener privaten Unternehmen, zu den Beweggründen, ein Drogenscreeningprogramm begonnen zu haben, nannten diese als wichtige Gründe, den Wunsch, den drogenbedingten Krankenstand und Fehlzeiten einzudämmen, die Sorge um die Sicherheit von Mitarbeitern und Unternehmenseigentum, die Sicherung von Finanzen und Daten, und die Absicht, erhöhten drogenkonsumassoziierten Kosten durch Einbußen in der Produktivität und in der Qualität und durch die Fluktuation unter den Mitarbeitern, entgegenzuwirken. Außerdem spielte die Pflege der Geschäftsbeziehungen und des Unternehmensimages, das Problem der gesetzlichen Haftung und der allgemeinen Sorge in der Gesellschaft um den Drogenmissbrauch eine wesentliche Rolle. (WHITE 2003) Und zuletzt schienen auch die Programme der Konkurrenz zur Aufnahme eigener Programme zu motivieren. (GERSON und SUBRAMANIAM, 1998)

Unternehmen, welche sich gegen Drogenscreeningprogramme entschieden, begründeten dies vor allem mit der Angst vor einer größer werdenden Rechtshaftung, dem Kostenaufwand und der Tatsache, dass Drogenscreening in den Staaten der befragten Firmen nur eingeschränkt möglich war. Daneben zeigte sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Größe von Unternehmen und der Wahrscheinlichkeit, dass diese Drogenscreeningprogramme einführten. So war, nach Angaben des Gesundheitsministeriums, unter den drogentestenden Firmen der Anteil kleiner Betriebe (mit weniger als 25 Beschäftigten) am kleinsten. Im Jahr 1997 berichteten mehr als Dreiviertel der Vollbeschäftigten großer Unternehmen (mit 500 oder mehr Arbeitnehmern), über das Vorhandensein mindestens einer Art von Drogentests in ihrem Unternehmen. In den Unternehmen mittlerer Größe (mit 25 bis 499 Beschäftigten) wurden in gut der Hälfte mindestens eine Art von Drogentests durchgeführt. Nur ungefähr

28 % der kleinen Betriebe (mit weniger als 25 Arbeitnehmern) berichteten Entsprechendes. (GERBER and GEORGE, 2002)

3.3.3.4. Rechtliche Gesichtspunkte zum betrieblichen Drogenscreening in den USA

Nachfolgend wird eine Übersicht über die wichtigsten rechtlichen Bestimmungen gegeben, welche direkt oder indirekt mit dem betrieblichen Drogenscreening in den USA in Zusammenhang stehen. Es handelt sich dabei um Gesetzesvorgaben oder Richtlinien für staatliche und private Arbeitgeber, welche Rahmenbedingungen für die korrekte Durchführung von Drogenscreening-Programmen schaffen.

Die Regierungsanordnung 12564 von 1986 wurde schon mehrmals genannt. Sie verpflichtet alle staatlichen Behörden in den USA zur Durchführung umfassender „Drug-Free Workplace“-Programme (betriebliche Drogenprogramme), welche auch Drogenscreening beinhalten.

In diesem Rahmen hat das US-Verteidigungsministerium spezielle Richtlinien für die Auftragnehmer in diesen Bereichen erlassen. Diese fordern ebenfalls die Unterhaltung eines Drug-Free Workplace-Programmes für alle, in sicherheitsrelevanten Positionen Beschäftigten. Dabei umfassen die Richtlinien die Feststellung sicherheitsrelevanter Arbeitsplätze und das Drogenscreening der Mitarbeiter an diesen Plätzen, wobei auch die Bedingungen, unter denen getestet werden darf, bzw. muss, genau festgelegt sind. Entsprechende spezielle Richtlinien wurden auch durch das Ministerium für Transportwesen und die Atomkraftkommission erstellt, um dem Alkohol- und Drogenproblem an Arbeitsplätzen im Transportwesen und im Atomkraftbereich zu begegnen. (DEA 2006)

Alle staatlichen Auftragnehmer (ab einer Auftragssumme von \$ 100.000), sowie alle Zuschussempfänger, sind zudem durch den „Federal Workplace Act“ von 1988, einer staatlichen Arbeitsplatzverordnung, welche 1989 zum Gesetz wurde, verpflichtet, vorgeschriebene Rahmenbedingungen hinsichtlich eines drogenfreien Arbeitsplatzes zu schaffen. Konkret enthält der Drug-Free Workplace Act Leitlinien zur Erstellung und Veröffentlichung von Richtlinien, in denen das Unternehmen klar Stellung zum Drogenkonsum und -vorkommen am Arbeitsplatz nimmt, und auch Aussagen zu Strafmaßnahmen, im Falle eines Regelverstößes, macht. Außerdem behandelt es die Etablierung von Aufklärungsprogrammen u. a. m. Drogenscreening ist hier nicht enthalten.

Neben den Gesetzesvorschriften, welche sich direkt auf den Umgang mit dem Drogenproblem in der Arbeitswelt beziehen, ist in indirekter Weise auch der „American With Disabilities Act“ aus dem Jahr 1990 für den Umgang mit dem betrieblichen Drogenproblem von großer Bedeutung. Dieser untersagt Arbeitgebern „eine qualifizierte Person mit einer

Behinderung..." (BROADWELL 1994) zu benachteiligen. Dabei schließt die Definition zwar keine Bewerber oder Beschäftigten, welche Drogen konsumieren, ein, allerdings können Arbeitnehmer, welche ein Rehabilitationsprogramm abgeschlossen haben, oder sich gerade in einem Programm befinden und keine Drogen konsumieren, in die Regelung eingeschlossen sein. Außerdem erlaubt das Gesetz Arbeitgebern, Drogentestungsprogramme und Vereinbarungen zur Drogenfreiheit am Arbeitsplatz, im Unternehmen zu implementieren, und Arbeitnehmer daran zu hindern, illegale Drogen zu gebrauchen. Trotz dieser Inhalte wird gegen Unternehmer, welche Antidrogen- oder -alkoholprogramme initiieren, am häufigsten mit der Begründung prozessiert, dass sie gegen Inhalte des American With Disabilities Act verstoßen hätten.

Zuletzt soll auch noch auf die staateneigenen Gesetze bezüglich des Umgangs mit dem betrieblichen Drogenkonsum hingewiesen werden. Einige Staaten haben zusätzlich zu den genannten, alle US-Staaten betreffenden Gesetze, eigene Drogenscreeninggesetze erlassen. Diese schränken z. B. das Screening ein, schreiben genaue Vorgehensweisen für den Testungsprozess vor, beschränken die Sanktionen, welche einem Arbeitnehmer, der gegen die Gesetzesvorschrift verstößt, auferlegt werden können und erlauben private Prozesse gegen Arbeitgeber, Laboratorien und medizinische Einrichtungen, welche das Gesetz verletzen.

Und auch die rechtlichen Folgen von Schadensersatzforderungen Beschäftigter, bei deren zugrunde liegendem Vorfall eine Alkohol- oder Drogenbeeinflussung festgestellt wurde, sind durch die Staaten verschiedenartig festgelegt. So bekommen in manchen Staaten verletzte Mitarbeiter keine Schadensersatzleistungen, wenn sich der Betroffene die Verletzung aufgrund seines willentlichen und ernsthaften Fehlverhaltens oder durch seine drogenbedingte Beeinträchtigung zuzog.

In vielen Staaten bestehen außerdem Gesetze, nach denen Arbeitgeber, welche Drogen- bzw. Alkoholprogramme durchführen, finanzielle Vorteile bei der Haftpflichtversicherung ihrer Beschäftigten erhalten.

Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass oben genannte Gesetze und Richtlinien in ihrer Gesamtheit als wichtige Punkte, das Recht der Arbeitnehmer auf Selbstbestimmung, den Erhalt des Arbeitsplatzes u.a. sichern, aber auch einen Schutz für Arbeitgeber, welche Drogentests im Sinne der Gewährleistung von Arbeitssicherheit und -leistung usw. durchführen, darstellen. Die starken Interessen, die sich von Arbeitnehmer und Arbeitgeberseite gegenüberstehen, führen, trotz umfassender gesetzlicher Vorgaben, des öfteren zum Rechtsstreit. Immer wieder wird die Legitimität der Drogenuntersuchungen am Arbeitsplatz in Frage gestellt. Die meisten der diesbezüglichen Gerichtsbeschlüsse in den

USA stellen die Sorge um die öffentliche Sicherheit über die persönlichen Interessen des Einzelnen. (BROADWELL 1994)

3.3.3.5. Das Employee Assistance Programm

Um ein möglichst vollständiges Bild betrieblicher Drogenpolitik in den USA zu geben, soll im Folgenden auch ein Blick auf die Employee Assistance Programme (EAP) geworfen werden. Diese Hilfeprogramme für Arbeitnehmer stellen einen wichtigen Teil betrieblicher Drogenprävention und -hilfe in den USA dar. Dabei bestehen sie in Unternehmen häufig gleichzeitig mit Drogenscreeningprogrammen, so z. B. auch im Rahmen der Drug-Free Workplace-Programme. Nach einer Schätzung aus dem Jahr 2000 gab es an über 95 % der großen Firmen mit mehr als 5.000 Beschäftigten Employee Assistance Programme (WHITE 2003). Und etwa zur selben Zeit wurden an rund 70 % der Großunternehmen Drogenscreenings durchgeführt (ROUNTREE 2004), was auf ein Nebeneinander der beiden Programme in vielen Unternehmen, schließen lässt.

Oftmals werden sie in Unternehmen aber auch als alleinige Maßnahme, um dem betrieblichen Drogenproblem zu begegnen, eingesetzt. Es handelt sich bei EAP.s um behördlich gestützte Beratungsprogramme, welche Arbeitnehmern eine Beurteilung, kurzzeitige Beratung und die Weiterüberweisung in einem großen Bereich von Drogen-, Alkohol- und psychischen bzw. seelischen Problemen geben. Außerdem kontrollieren sie die Fortschritte von Arbeitnehmern, welche sich z. B. wegen drogenbedingter Probleme in Behandlung befinden. Durch EAP.s wird das Engagement eines Unternehmens, seinen Mitarbeitern bei der Lösung der genannten Probleme, wirklich Hilfe leisten zu wollen, deutlich. Beschäftigte, die sich mit Problemen an die Verantwortlichen des Programms wenden, können mit Unterstützung rechnen, um z. B. ihren Drogenkonsum zu beenden.

Zum Programm gehört aber auch, dass Informationsmaterial zu Drogen-, Alkohol- und anderen Problemen an die Beschäftigten und Vorgesetzten verteilt wird. Außerdem werden Vorgesetzte darin geschult, wie sie auf Mitarbeiter mit verändertem Verhalten, nachlassender Leistung usw. zugehen sollen, wie bestehende Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten angeboten werden sollen u. a. m.

Da EAP.s ganz klar auf Hilfestellung für die Beschäftigten ausgelegt sind und dazu unbedingt ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen den „Helfern“ und den Betroffenen anzustreben ist, sollen sie nicht in direkter Verbindung mit dem Drogenscreeningprozess stehen und auch nicht dazu genutzt werden, um Drogenscreeningergebnisse mitzuteilen oder zu besprechen.

Vielmehr soll das EAP für alle Arbeitnehmer zugänglich sein, unabhängig davon, ob beim Einzelnen Drogengebrauch festgestellt wurde, oder nicht. Allerdings sollte jeder drogenkonsumierende Mitarbeiter dem EAP zugeführt werden. Im Rahmen des Programms soll Beratung und Rehabilitation, Gesundheitserziehung und Schulung bezüglich des Gebrauchs illegaler Drogen stattfinden. Dabei sollte es nicht nur den Beschäftigten selbst zur Verfügung stehen, sondern auch den Angehörigen eines Beschäftigten mit Drogenproblemen und auch Beschäftigten, deren Familienmitglieder Drogen konsumieren. (SAMHSA 2004)

Was die Verbreitung von EAP.s angeht, so liegt eine Studie aus dem Jahr 2000 vor, nach welcher zu der Zeit fast 60 % der Arbeitsplätze Zugang zu EAP.s hatten und 62 Millionen der amerikanischen Beschäftigten in irgendeiner Form an den Programmen teilnahmen. Von den Firmen mit mehr als 5000 Beschäftigten hatten im Jahr 2000 sogar 95 % EAP.s eingeführt. Gegenüber den Vorjahren ließ sich für die Gesamtheit der Unternehmen mit EAP.s eine Steigerung von 6,8 % seit 1999 und 130 % gegenüber der Zahl von 1994 konstatieren. (WHITE 2003)

Diese Zahlen machen deutlich, dass EAP.s in den USA von großer Bedeutung sind, ähnlich wie betriebliches Drogenscreening. Allerdings scheint ein Nebeneinander der beiden Maßnahmen fragwürdig, wenn man berücksichtigt, dass für den Erfolg von EAP.s unbedingt eine gute Vertrauensbasis zwischen den Hilfesuchenden auf der einen und den Programmverantwortlichen bzw. der Geschäftsleitung auf der anderen Seite notwendig ist.

Zweifellos strapaziert betriebliches Drogenscreening die Vertrauensbasis innerhalb eines Unternehmens. Die grundsätzliche Verschiedenartigkeit und die in Frage stehende Vereinbarkeit der beiden Ansätze stellt jeden Arbeitgeber, der sich einmal entschlossen hat, das Drogenproblem in seinem Unternehmen anzugehen, vor die Wahl, zwischen den Programmen zu entscheiden bzw. beide Methoden in die Unternehmenskultur aufzunehmen. Dabei halten vor allem Befürworter von Drogenscreeningprogrammen die beiden Programme als eher gut miteinander vereinbar.

Dass in amerikanischen Unternehmen sowohl beide Programme für sich bestehen, als auch das Nebeneinander beider praktiziert wird, zeigt folgende Studie. Sie untersuchte Firmen, die entweder nur Drogenscreenings vor Einstellung, nur EAP.s oder beides durchführten und anboten. Im Interesse stand die Frage nach den Faktoren, die ein Unternehmen dazu bewegen, sich für die jeweilige Art des Umgangs mit dem Drogenproblem zu entscheiden.

Die Ergebnisse der Studie lassen darauf schließen, dass an Arbeitsplätzen mit höherer Fluktuation und in Gegenden mit einer höheren Arbeitslosigkeit und folglich einem größeren Pool zur Verfügung stehender Arbeitskräfte, eher Einstellungs-Drogenscreenings

durchgeführt werden, während an Arbeitsplätzen mit niedrigerer Fluktuation öfter EAP.s angeboten werden. Firmen mit einer hohen Fluktuation screenen ihre Bewerber häufig, um eine Einstellung von Drogenkonsumenten gleich zu umgehen, während Unternehmen in Gegenden mit niedriger Arbeitslosigkeit und damit wenigen zur Verfügung stehenden Arbeitskräften, sich auch dazu entschließen, EAP.s zu initiieren.

Zum einen mag es an Arbeitsplätzen mit hoher Fluktuation wenig rentabel sein, für Arbeitnehmer, die nur kurze Zeit für das Unternehmen arbeiten, z .B. in ein EAP zu investieren. Schon bevor sich die positiven Effekte des EAP vorteilig für das Unternehmen auswirken könnten, würde das Arbeitsverhältnis wieder beendet sein. Für diese Arbeitsplätze scheint es weder interessant zu sein, EAP.s einzurichten, noch, Bewerber auf Drogen zu testen. Eine andere Erklärung ist, dass Unternehmen mit EAP.s erst durch den Erfolg des EAP eine niedrigere Fluktuation aufweisen. Und auch Einstellungs-Drogentestungsprogramme führen durch den Auswahlprozess der Bewerber sicherlich dazu, dass die Fluktuationsrate in der Arbeiterschaft abnimmt. Wenn Unternehmen mit hoher Fluktuation dem Drogenproblem begegnen, dann tun sie es eher in Form von Einstellungs-Drogenscreening.

Unternehmen mit niedrigerer Fluktuation der Arbeiterschaft bedienen sich häufiger beider Methoden, nämlich der selektierenden (Einstellungstests) und der unterstützenden (EAP) um dem Drogenproblem im Betrieb zu begegnen. Auch bei einer sehr begrenzten Auswahl an Kräften auf dem Arbeitsmarkt wird bevorzugt die Implementierung beider Programme gewählt, um nicht noch zusätzlich Bewerber „auszuscreenen“, die Drogenkonsumierenden aber mit klaren Richtlinien und Hilfsangeboten zu begleiten. (BENNETT et al., 1994)

3.3.3.6. Probleme und Erfolge im Zusammenhang mit betrieblichem Drogenscreening in den USA

Die vielen Jahre, seit denen betriebliches Drogenscreening in den USA durchgeführt wird und der große Umfang, in dem dies geschieht, haben dazu geführt, dass sich in den USA reiche Erfahrung mit betrieblichem Drogenscreening sammelte. Von Anfang an bestanden starke Wechselwirkungen zwischen betrieblichem Drogenscreening, Arbeitswelt, Drogentestungsindustrie, der amerikanischen Gesellschaft u. a. Die verschiedenen Beteiligten erfuhren sowohl die positiven Auswirkungen des betrieblichen Drogenscreenings, als auch dessen Nachteile.

Im Folgenden werden wesentliche positive und negative Aspekte betrieblichen Drogenscreenings in den USA, dargestellt. Dabei werden hauptsächlich Erfahrungen der Arbeitgeberseite berücksichtigt.

Schaut man zunächst auf den Anfang betrieblichen Drogenscreenings, so erkennt man, dass dieser forciert wurde durch den gesellschaftlichen und politischen Druck. Während ein Teil der Unternehmen, wie z. B. alle staatlichen Behörden, verpflichtet waren, Drogenscreeningprogramme einzuführen, folgte ein großer Teil der anderen Unternehmen von sich aus diesem allgemeinen Sog, da die Konkurrenz auch testete und weil der gesellschaftliche Druck entsprechend groß war.

Dabei waren zum einen keine genauen Kenntnisse zu den Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Arbeitssicherheit und -leistung vorhanden. Zum anderen wurde zunächst oft nicht die Notwendigkeit und die Kosteneffektivität des Testens für das einzelne Unternehmen berücksichtigt. Und das, obgleich sich die einzelnen Unternehmen stark im Vorkommen gefahrenträchtiger Arbeitsplätze und in den zu erwartenden Drogenkonsumentenzahlen unter den Beschäftigten unterscheiden. Eine sichtbare Konsequenz davon war, dass viele, v. a. der kleinen Unternehmen, ihre Programme nach kurzer Zeit wieder aufgaben. Mittlerweile finden Drogenscreeningprogramme überwiegend in großen Firmen statt, wo sie effektiver gestaltet werden können bzw. die Kosten dafür weniger ins Gewicht fallen.

Waren es zunächst gesellschaftliche und politische Gründe, welche dem betrieblichen Drogenscreening Aufschwung verliehen hatten, so propagieren heute eine gewaltig angewachsene Drogentestungsindustrie und die entsprechenden Dienstleister, die Wichtigkeit betrieblicher Drogenscreeningprogramme.

Zu den weitreichenden, negativen Folgen betrieblichen Drogenscreenings zählen die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt. Rund 70 % der Großunternehmen führen Drogeneinstellungstests durch und bewirken damit eine Auslese drogenkonsumierender Bewerber, welche sich folglich vermehrt bei nicht-testenden Firmen bewerben. Dieser Mechanismus bringt Vorteile für die testenden, v. a. großen Firmen, und geht zu Lasten nichttestender, überwiegend kleiner Unternehmen. Erst bei einem Mangel an Arbeitskräften, wenn kein Unternehmen mehr Interesse daran hat, Bewerber aufgrund ihres Drogenkonsums nicht einzustellen bzw. bei einem nur geringen Anteil an Drogenkonsumenten unter den Bewerbern, verändert sich die Situation.

Probleme für Unternehmen mit Drogenscreeningprogrammen bereiten in den USA des öfteren gerichtliche Prozesse von Bewerbern oder Mitarbeitern, welche sich durch betriebliche Drogentests oder deren Konsequenzen ungerecht behandelt fühlen.

Trotz fragwürdiger Aspekte im Zusammenhang mit dem betrieblichen Drogenscreening und seiner Entwicklung in den USA unterhält der überwiegende Teil großer Unternehmen ein Drogenscreeningprogramm. Ein Grund dafür mag sein, dass Drogenpräventions- und

hilfeprogramme allgemein immer noch Bedeutung für die Imagepflege von Unternehmen haben. In wenigen Studien wurde aber auch gezeigt, dass Drogenscreeningprogramme, unter den entsprechenden Bedingungen durchgeführt (siehe unter 4.2.2), den Drogenkonsum unter Beschäftigten senken und dadurch zu beträchtlichen Rückgängen in der Unfallrate und den krankheitsbedingten Kosten beitragen, und zugleich produktivitäts- und qualitätsverbessernde Wirkung in Unternehmen haben können.

Die Möglichkeiten in der Unfallreduktion durch Drogenscreening- und hilfeprogramme haben auch Versicherungen erkannt und darauf begonnen, Anreize für Firmen zu schaffen, entsprechende Programme bei sich aufzunehmen. Testende Firmen werden bei manchen Versicherungen mit Beitragssenkungen belohnt.

4. Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten „Ergebnisse“ der Arbeit beziehen sich auf die oben genannten Zielstellungen. In diesem Sinne wird im ersten Abschnitt die Bedeutung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt Deutschlands charakterisiert.

Der zweite Abschnitt stellt die Bedeutung betrieblichen Drogenscreenings in Deutschland dar. Chancen und Probleme im Zusammenhang mit dem Einsatz betrieblichen Drogenscreenings werden dargestellt.

4.1. Bedeutung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt in Deutschland

4.1.1. Illegale Drogen in der Arbeitswelt in Deutschland - Situationsbeschreibung

Wie bereits im einleitenden Kapitel der Arbeit dargestellt wurde, ist der Konsum illegaler Drogen in der Bevölkerung Deutschlands ein ernstzunehmendes Problem, welches im Begriff ist weiter zu wachsen.

Bei einem Anteil von etwa 6 % Drogenkonsumierender in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ist davon auszugehen, dass auch von Arbeitnehmern Drogen konsumiert werden.

Für Abhängigkeiten geht man von folgenden Zahlen aus: Die drogenabhängigen Arbeitnehmer in Deutschland werden auf ca. 0,5 % geschätzt. Im Vergleich dazu werden die Alkoholabhängigen auf 5-6 % und die Medikamentenabhängigen auf etwa 1,8 % geschätzt. (KLEINSORGE 1996, SIMON et al., 2002)

Untersuchungen in verschiedenen Betrieben belegen ein hohes Ausmaß des Drogenkonsums in der Arbeitswelt. So wird zum Beispiel in der Degussa AG in Frankfurt/ Main seit 1996 bei allen Einstellungsuntersuchungen ein Screening auf illegale Drogen durchgeführt. Dabei

werden die Bewerber im Voraus über die beabsichtigte Untersuchung informiert und müssen schriftlich ihr Einverständnis dazu geben. Trotz der Ankündigung und obwohl einige der Bewerber schon gar nicht zur Untersuchung erschienen, fielen bei 702 Einstellungsuntersuchungen 5,9 % der Tests positiv aus. In einer anderen Firma, die ihr Screening nicht vorab ankündigte, sondern erst während der Einstellungsuntersuchung das Einverständnis der Bewerber einholte, fanden sich sogar in 17 % der Fälle drogenpositive Tests. (BREITSTADT und MEYER, 1998) In einem wieder anderen Unternehmen wurden im Zeitraum von 1996 bis 2001 insgesamt bei 716 Bewerbern Einstellungsdrogentests durchgeführt, welche in 56 Fällen positiv ausfielen. Dies entspricht einer Quote von 7,8 %. Auffällig war, dass sich der Anteil der positiven Drogentests von Beginn der Untersuchungen (17 % drogenpositive Testergebnisse) während der Jahre deutlich senkte. Ursächlich dafür war sicherlich ein Rückgang der Drogenkonsumenten unter den Bewerbern, nach bekannt werden der Drogentests. Im Jahr 2001 entfielen rund 60 % der positiv getesteten Bewerber auf die Altersgruppe der 25- bis 30-Jährigen, welche zum Großteil Cannabis konsumiert hatten. Dies entspricht der Erwartung, dass Drogenkonsum hauptsächlich ein Problem der jüngeren Generation darstellt, sich jedoch keineswegs auf Jugendliche beschränkt. (PANTER 2002)

Die in den Drogentests positiv Getesteten zeigten keine besonderen oder drogentypisch auffälligen Verhaltensweisen und fielen deswegen weder den Personalsachbearbeitern im Rahmen der Einstellungsgespräche, noch den Betriebsärzten bei der Untersuchung auf. Die Tatsache, dass kompensierte Drogenkonsumenten sozial angepasst reagieren und nicht auffallen und das überraschend hohe Vorkommen von Drogenpositiven bei Einstellungsuntersuchungen lässt vermuten, dass sich auch unter den permanenten Mitarbeitern kompensierte Drogenkonsumenten befinden könnten.

Was die Arbeitswelt zur Drogenproblematik vermuten lässt, bestätigen die Beobachtungen im Straßenverkehr. Dieser Rückgriff auf Beobachtungen im Straßenverkehr ist notwendig, da es im Bereich der Arbeitswelt bisher kaum Untersuchungen zum Vorkommen des Drogenkonsums gibt. Dagegen ist das Drogenvorkommen im verkehrsmedizinischen Bereich bereits seit einigen Jahren Gegenstand toxikologischer und epidemiologischer Untersuchungen. So ließen zahlreiche Erhebungen rechtsmedizinischer bzw. forensisch-toxikologischer Institute, welche die Blutproben Verkehrsdelinquenter untersuchten, feststellen, dass die Zahl der drogen- und medikamentenbeeinflussten Kraftfahrer in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist. Das Zentrum der Rechtsmedizin Frankfurt/Main,

stellte durch Blutproben der Delinquenten vor allem Cannabis- und zunehmend Stimulantienkonsum fest. Dass der Drogenkonsum auch die Arbeitswelt betrifft, scheint klar.

Um einen genaueren Zusammenhang zwischen den Drogenkonsumenten und deren sozialen Hintergrund zu erfahren, erfasste das Zentrum der Rechtsmedizin Frankfurt / Main die Berufsausbildung drogenbeeinflusster Kraftfahrer.

Die größte Gruppe Drogenkonsumierender fand sich unter den Berufs- und Arbeitslosen. Gleich darauf folgten sämtliche Auszubildende und auffallend häufig auch Angehörige von Kfz-Berufen. Was die Beliebtheit der unterschiedlichen Drogen angeht, so lässt sich keine spezifische Berufsprävalenz erkennen, nur die Tatsache, dass bei den Cannabis- und Amphetaminpositiven an erster Häufigkeitsstelle die Auszubildenden, und bei den harten Drogen an erster Häufigkeitsstelle die Arbeitslosen standen. (KAUERT, BREITSTADT und FALKE, 1998)

4.1.2 Wechselwirkungen zwischen Drogenkonsum und Arbeitswelt

4.1.2.1. Auswirkungen der Arbeitsumgebung auf den Drogenkonsum Beschäftigter

Dieser Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich hauptsächlich mit Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Arbeitswelt, es soll aber wenigstens kurz darauf hingewiesen werden, dass umgekehrt auch Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt den Drogenkonsum von Beschäftigten stark beeinflussen können.

So können zum einen Arbeitsbedingungen dazu beitragen, dass Beschäftigte beginnen Drogen zu nehmen, weil sie z. B. keine andere Möglichkeit sehen, den hohen Anforderungen durch die Arbeit zu genügen oder den damit verbundenen Leistungsdruck auszuhalten. Beschäftigte, die in solchen Situationen Hilfe und Erleichterung im Drogenkonsum suchen, nehmen typischer Weise aufputschende Substanzen, Beruhigungs- und Schlafmittel.

Andererseits kann das Arbeitsumfeld sich auch positiv auf das Wohlbefinden von Beschäftigten auswirken, indem es ihnen Anerkennung vermittelt, Rückhalt und Sinn gibt.

Durch die Stärkung des Wohlbefindens und der psychischen Stabilität von Personen beugt eine gesunde Arbeitsumgebung dem Drogenkonsum von Arbeitnehmern vor. Beschäftigte, die bereits Drogen konsumieren, erfahren in Unternehmen, welche sich um die physische und psychische Gesundheit ihrer Arbeitnehmer sorgen, eher Hilfe für die Beendigung ihres Drogenkonsums.

4.1.2.2. Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Arbeitswelt

Der Drogenkonsum von Beschäftigten nimmt auf verschiedenartige Weise Einfluss auf die Arbeitswelt. Im Folgenden wird näher auf seine Relevanz bezüglich der Ertragsfähigkeit und der Arbeitssicherheit in den Unternehmen eingegangen.

4.1.2.2.1. Drogenkonsum und Produktivität

Da Arbeitgeber zwangsläufig gewinnorientiert denken müssen, interessiert sie bei der Beschäftigung mit dem Thema des betrieblichen Drogenkonsums stark auch die Auswirkung des Drogenkonsums von Beschäftigten auf die Produktivität ihres Unternehmens. Nach Angaben von Arbeitsmedizinern stellen sich eindeutig produktionsmindernde Folgen durch den Drogenkonsum von Arbeitnehmern ein. Diese sind vielfältig und lassen sich nur schwer in Zahlen fassen. Es handelt sich dabei v. a. um Zu-spät-Kommen, unentschuldigtes und krankheitsbedingtes Fehlen, aber auch um verschlechterte Arbeitsleistung und um die vorzeitige Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Zwar wurden in Deutschland die Beobachtungen der Arbeitsmediziner noch nicht durch Studien überprüft, aber es gibt einige Untersuchungen aus den USA, welche den Drogenkonsum von Beschäftigten mit großen finanziellen Verlusten für Unternehmen durch Produktionsausfall und krankheitsbedingte Kosten in Verbindung bringen. (MAY 2002, OZMINKOWSKY et al., 2003)

4.1.2.2.2. Drogenkonsum und Arbeitssicherheit

Ähnlich, wie sich das Ausmaß des Drogenkonsums in den Betrieben nur grob schätzen lässt, herrscht auch Unsicherheit über das genaue Risiko, das von einem drogenkonsumierenden Mitarbeiter für die Arbeitssicherheit ausgeht. Denn bis heute gibt es in Deutschland keine systematischen Erfassungen und Drogenanalysen nach betrieblichen Unfällen, v. a. deswegen, weil gesetzliche Regelungen zu deren Erfassung fehlen. Aus dem amerikanischen Raum liegen Veröffentlichungen bezüglich der Vorkommens von Arbeitsplatzunfällen im Zusammenhang mit Cannabisgebrauch vor. Darunter eine Studie aus dem Jahr 1993 von Shannon, der bei der Untersuchung von 460 Arbeitsplatzunfällen 104 Drogenscreens veranlasste, wovon 18 drogenpositiv ausfielen. In Anbetracht dessen, dass 1992 ca. 6 % der amerikanischen Bevölkerung Drogen konsumierten, scheint ein Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und erhöhter Häufigkeit von Arbeitsplatzunfällen zu bestehen. (KAUERT, BREITSTADT und FALKE, 1998) Eine andere Studie zeigte einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einem Antidrogenprogramm und dem Rückgang der Unfallrate in den Industriezweigen Bau, Herstellung und Dienstleistung. (WICKIZER et al., 2004)

Trotz der Beeinträchtigung durch den Drogenkonsum sind typische Verhaltensänderungen beim Konsumenten häufig nur schwach ausgeprägt, so dass sie von der Umgebung nicht erkannt werden. Dies berichtet auch KLEINSORGE (1999) von einer werksärztlichen Untersuchung in der BASF Aktiengesellschaft. Von den 60 regelmäßig drogenkonsumierenden Mitarbeitern des Betriebes entstand nur bei 38, also etwa zwei Drittel, am Arbeitsplatz der Verdacht auf Drogenkonsum. Die anderen 22 drogenkonsumierenden Mitarbeiter wurden dem Werksärztlichen Dienst erst anderweitig bekannt, z. B. aufgrund der Meldung durch Dritte (nicht Betriebszugehörige) oder der Verdacht entstand bei der ärztlichen Untersuchung aus anderem Anlass. Dabei war der Konsum dieser Personen keineswegs unerheblich. 34 (56 %) gaben bei der Befragung an, täglich Drogen zu konsumieren, 17 (28 %) mehrmals wöchentlich. Außer einem Befragten gaben alle an, mehrere Substanzen zu konsumieren. Die meisten gebrauchten Drogen bereits seit etwa dem 16. Lebensjahr und blickten nun schon im Schnitt auf rund 9 Jahre Drogenerfahrung zurück. Von den 60 Personen berichteten 56 über drogenbedingte Folgeprobleme und nannten dabei am häufigsten Arbeitsplatz-, Kontakt- und Interessensverlust. (KLEINSORGE 1999)

Das Beispiel und die oben genannten Schwierigkeiten zeigen, dass die Umgebung oft nicht in der Lage ist, den Konsum eines Kollegen rechtzeitig zu bemerken, obwohl dieser eventuell schon deutlich durch seinen Konsum beeinträchtigt ist und damit die Sicherheit für sich und sein Arbeitsumfeld gefährdet. Auch der Drogenkonsument selbst bemerkt oft nicht, dass seine Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit eingeschränkt sind. Gerade Substanzen wie Kokain oder Amphetamine vermitteln ein falsches Gefühl von Stärke und Selbstsicherheit und erhöhen die Risikobereitschaft des Konsumenten.

Die schwere Einschätzbarkeit der Drogenwirkungen, die äußerlich z. T. kaum erkennbaren drogenbedingten Verhaltensänderungen und die Unkenntnis bezüglich illegaler Drogen in der breiten Bevölkerung, machen den drogenkonsumierenden Mitarbeiter zu einer nicht einschätzbaren Gefahr für die Sicherheit im Betrieb, die nicht erst dann erkannt und angegangen werden darf, wenn bereits ein Unfall geschehen ist.

4.1.2.2.3. Beeinflussung der psychophysischen Leistungsfähigkeit durch Drogen

Gerade der Mangel an Daten bezüglich des Zusammenhangs zwischen Drogenkonsum und Unfällen am Arbeitsplatz macht die Überlegung notwendig, inwieweit der Gebrauch von Drogen die psychophysische Leistungsfähigkeit des Arbeiters beeinträchtigen kann.

Die Verschiedenartigkeit der einzelnen Drogen verursacht ein breites Spektrum an psychophysischen Folgen für Drogenkonsumenten. Während Amphetamine aufputschen,

wirken Heroin und Opiate euphorisierend, LSD kann Halluzinationen verursachen und Cannabis beruhigend wirken. Hinzu kommt noch, dass die Substanzen immer häufiger nicht einzeln genommen werden, sondern kombiniert, oder in solchen Abständen, dass es zur Überlagerung der Wirkungen kommt. Begünstigt wird dies durch die, anders als beim Alkohol, der rasch abgebaut wird, z. T. sehr langen Halbwertszeiten der illegalen Drogenstoffe. Außerdem ist die Reinheit der Droge variabel (illegale Drogen unterliegen keinem Reinheitsgebot).

Aber auch der Konsument ist keine konstante Größe. Individuelle Faktoren, wie Veranlagung und momentane Verfassung einer Person, Art des Konsums und Gewöhnung des Konsumenten beeinflussen die Auswirkungen des Drogenkonsums. So kann die gleiche Substanz beim selben Konsumenten während verschiedenen Anwendungen in ihrer Wirkung variieren. (WANKE 1987)

Neben den genannten, akuten Drogenwirkungen, die für das Leistungsverhalten am Arbeitsplatz eine große Rolle spielen, müssen auch die Veränderungen durch den chronischen Konsum bedacht werden. Diese hängen stark mit einer Interessensverschiebung zusammen, welche den Gebrauch der Droge in den Vordergrund rückt. Es kommt zur Abhängigkeit und möglicherweise zur Sucht. Bei der Entwicklung einer Abhängigkeit verändern sich die persönliche Haltung, Wertvorstellungen und die sozialen Bedürfnisse des Betroffenen. Dauerhafter Cannabiskonsum kann zu Wesensveränderungen, Interessensverlust und sozialem Rückzug führen, langzeitiger Konsum von Opiaten ist häufig gekennzeichnet durch Reizbarkeit und Aggressivität, Verflachung der Persönlichkeit und sozialem Abstieg der Konsumenten. Aufputschende Substanzen, wie Kokain und Amphetamine führen auf Dauer zu Leistungsminderung und Erschöpfung. Bei Abhängigen können auch noch nach dem Entzug, für unbestimmte Zeit, zerebrale Funktionsstörungen mit diffusen Leistungsausfällen, als Folge der Drogenwirkung, auftreten.

Aber auch akute Entzugserscheinungen, aufgrund einer Unterversorgung mit der entsprechenden Substanz, bedingen Verhaltensänderungen. (WANKE 1987)

4.1.2.2.3.1. Drogen und die psychologische Systematik der Informationsverarbeitung

Fahrtätigkeiten, aber auch die Arbeit in Messwarten, zur Betreuung hochtechnisierter Anlagen, zählen zu den besonders sicherheitsrelevanten Arbeitsplätzen. Auf dem Messwartenfahrer einer Chemieanlage z. B. lastet große Verantwortung. Er soll Betriebsstörungen, die eine Gefahr für die Gesundheit von Mitarbeitern, Anwohnern und der Umwelt bedeuten könnten, erkennen bzw. verhindern. Diese Aufgabe fordert in besonderem

Maß die menschliche Korrelationsfähigkeit, denn es gilt, in einem komplexen technischen System, sich ständig ändernde Variablen miteinander in Beziehung zu setzen und dann, auf die meist optisch gegebenen Informationen hin, die Anlage zu steuern. Schon von Natur aus ist die menschliche Fähigkeit, solche komplexen, dynamischen Vorgänge zu korrelieren, begrenzt. Dem wird bei der Degussa AG (BREITSTADT und MEYER, 1998) durch kontinuierliche Mitarbeiterschulungen und Weiterentwicklung der Sicherheitsstandards der Anlagen, Rechnung getragen. Die wichtigste Voraussetzung für das sichere Arbeiten stellt jedoch der affektiv stabile und leistungsfähige Mitarbeiter selbst dar.

In welcher Weise Drogen die menschliche Informationsverarbeitung stören können, soll das folgende Schema (Abb. 6) deutlich machen. Dargestellt ist das komplexe Zusammenspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren der Mensch-Maschine-Interaktion. Nur, wenn sich das System im Gleichgewicht befindet, können sichere Entscheidungen und Reaktionen folgen. Einer der möglichen Störfaktoren dieses Systems stellt der Drogenkonsum dar. (SACHER 1994)

Welche fatalen Auswirkungen der Drogenkonsum für die Stabilität der Mensch-Maschine-Interaktion haben kann, wird deutlich, wenn man sich das mittlere Stellglied (Mentale Verarbeitung, Intellekt) genauer anschaut. Es beinhaltet die äußerst komplexen, psychologischen Vorgänge unserer Informationsverarbeitung.

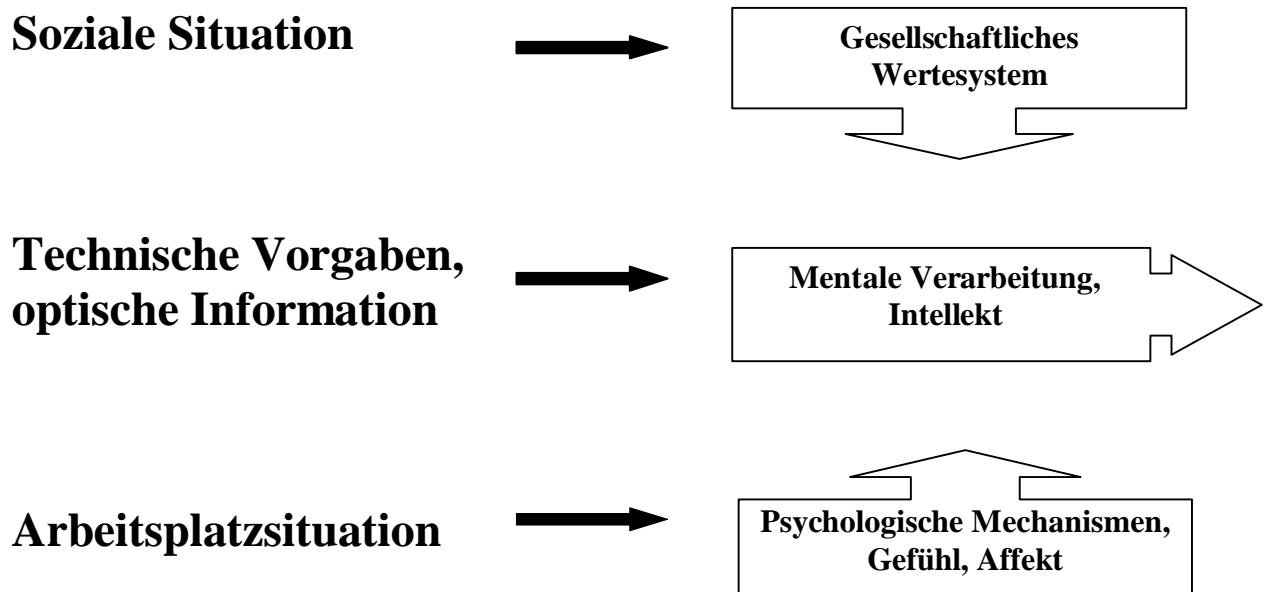


Abb. 8: Einflussfaktoren der Mensch-Maschine-Interaktion (SACHER 1994)

In der Abbildung 7 ist der sensible Mechanismus, von der Wahrnehmung eines Reaktionsgrundes bis zur darauffolgenden Reaktion, genauer dargestellt. Sobald ein möglicher Reaktionsanlass wahrgenommen wird, schaltet unsere unbewusste Aufmerksamkeit auf das gezielte Wahrnehmen dieses Anlasses um. Das Objekt wird fixiert, beobachtet und identifiziert. Nun wird entschieden, ob von diesem Objekt möglicherweise Gefahr ausgeht, und darauf entsprechend reagiert werden muss. Es folgen dann, je nach Entscheidung, die zweckmäßigen, teilweise automatisch ablaufenden, Handlungen. Dieser ganze komplexe Prozess dauert nur Millisekunden. (SACHER 1994)

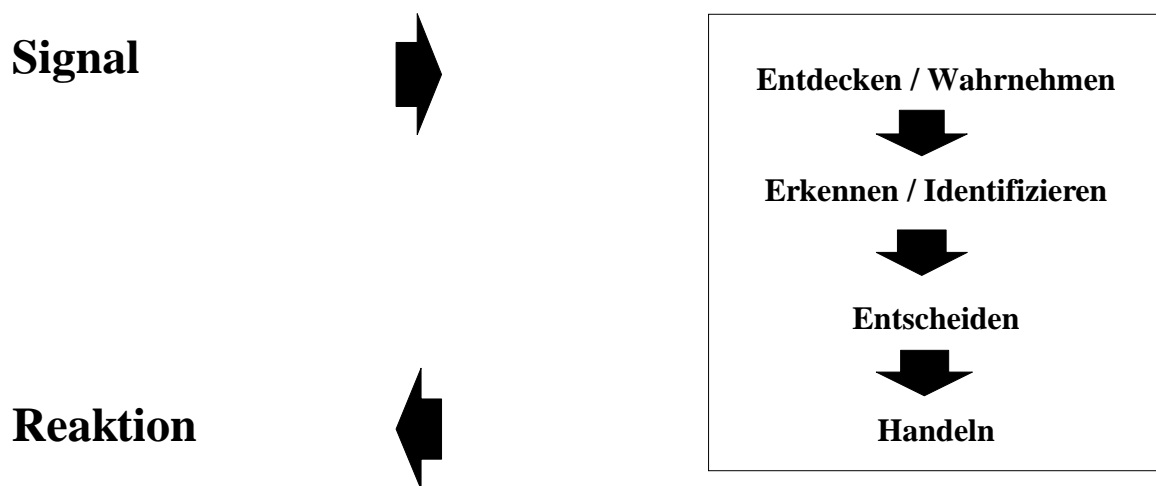


Abb. 9: Psychologische Systematik der Informationsverarbeitung (SACHER 1994)

Im Beispiel des Gabelstaplerfahrers wird eine Situation aus der Praxis auf obiges Schema der Informationsverarbeitung projiziert.

Der Staplerfahrer muss, im Gegensatz zum Autofahrer nicht nur zwei- sondern dreidimensional agieren. Zusätzlich zu den horizontalen Fahrbewegungen hat er auch noch Lasten in der Senkrechten zu bewegen. Damit muss er bei seiner Arbeit also zusätzlich zur Fahrtätigkeit, die physikalischen Gesetze von Last und Hebelarm beherrschen. Entsprechend dem oben abgebildeten Schema der Informationsverarbeitung wird der Staplerfahrer reagieren, sobald er einen Reaktionsanlass wahrnimmt.

Geht ein Fußgänger, in eine andere Richtung blickend, auf den Stapler zu, dann muss der Fahrer den Fußgänger wahrnehmen und erkennen, ob von diesem Gefahr ausgeht. Ist das der Fall, dann muss er sich entscheiden, zu bremsen oder auszuweichen. Hat er auch noch eine Last auf der Gabel, so muss er außerdem abschätzen, ob bei einem Manöver Gefahr durch das Herunterfallen der Last, für den Fußgänger oder für ihn selbst, besteht.

Der Staplerfahrer kann also ganz plötzlich und unerwartet mit einer Reihe lebenswichtiger Entscheidungen konfrontiert werden. Damit er diese, mit hoher Wahrscheinlichkeit, richtig

fällen kann, ist es unbedingt notwendig, dass er sich in nüchternem, wachem und leistungsfähigem Zustand befindet. (KAUERT, BREITSTADT und FALKE 1998)

4.1.2.2.3.2. Dauer der psychophysischen Beeinflussung durch Drogen

Die Dauer der Nachwirkungen des Drogenkonsums werden meist unterschätzt. Dass Drogen oft sehr lange nachwirken, bezeugt folgendes Beispiel, in welchem 10 erfahrene Piloten in den USA getestet wurden. (YESAVAGE 1985) Sie wurden gebeten eine leichte Dosis Marihuana zu rauchen und danach im Flugsimulator eine Maschine möglichst auf der Mittellinie zu „landen“. Während die Piloten im nüchternen Zustand ihre Maschinen im Schnitt 3,7 Meter neben der Bahnmitte aufsetzen ließen, betrug die Abweichung eine Stunde nach gerauchtem Joint 9,8 Meter, also das Dreifache. Bei der Wiederholung des Testes nach 24 Stunden, als sich die Piloten schon längst wieder nüchtern fühlten, landeten sie immer noch 7,3 Meter neben der Bahnmitte, doppelt so ungenau wie ohne die Droge.

Während sich die Wirkung des Alkohols in seiner Art und Dauer recht gut vom Konsumenten einschätzen lässt, weil die Substanz fast linear, zu etwa 0,1 bis 0,15 % pro Stunde, ausgeschieden wird, weiß man noch wenig über den Metabolismus und die Verweildauer von anderen Drogen im Organismus.

Wie man im Test der Piloten sieht, bleibt, in diesem Fall nach dem Gebrauch von Marihuana, für mindestens 24 Stunden, eine deutliche Restwirkung bestehen, die umso gefährlicher ist, da die Konsumenten diese subjektiv längst nicht mehr wahrnehmen. Dieser Sachverhalt ist von großer Bedeutung, zumal es sich bei einem großen Teil der Drogenkonsumenten um Wochenendkonsumenten handelt, die, wohl zumeist ohne Wissen über die Spät- und Nachwirkungen der Droge, am Montag wieder zur Arbeit erscheinen.

Die folgende Abbildung zeigt die Drogennachwirkungen auf verschiedene psychologische Informationsabläufe nach Stimulantienkonsum am Samstagabend.

Stimulantien (Kokain, Amphetamin, Ecstasy)			
Wahrnehmen, Erkennen	Samstag	Sonntag	Montag
	+	-	-
Geistige Verarbeitung	+	-	-
Entscheidung, Reaktion	+	-	-
Persönlichkeit, Affekt, Gemüt	+	-	-

Abb. 10: Drogennachwirkung auf verschiedene psychologische Informationsabläufe nach Stimulantienkonsum (HESS 1992): + Verbesserung; - Verschlechterung

Wie man sehen kann, verbessern Stimulantien zunächst sogar die psychologische Informationsverarbeitung, doch nach dem Abklingen der aufputschenden Wirkung kommt es zur nachhaltigen Störung der Wahrnehmung, Reaktion usw.

Ursache dafür ist wahrscheinlich die etwa zweitägige Latenzzeit der serotonergen und dopaminergen Nervenzellen des Gehirns, um wieder ihren ursprünglichen Zustand zu erreichen. Sogar in einschlägigen Informationsbroschüren wird darauf hingewiesen, dass man sich nach dem Konsum von Drogen mindestens einen Tag „erholen“ sollte, bevor man sich wieder dem Berufsalltag oder sonstigen Belastungssituationen konfrontiert. (HESS 1992)

Eine in der Medical Tribune zitierte Studie an insgesamt 24 Probanden vergleicht die Nachwirkungen von Ecstasy- und Alkoholkonsum und kommt zu dem Ergebnis, dass sich Ecstasykonsumenten noch mehrere Tage nach dem Gebrauch der Droge z. T. trauriger, müder bis depressiv fühlten, während die Alkoholkonsumenten längst wieder ihre Ausgangsstimmung erreicht hatten (CURRAN and TRAVILL, 1997).

Die ungefähren Langzeitwirkungen der hauptsächlich gebrauchten Drogen sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Drogennachwirkungen			
Heroin/Opiate	Samstag	Sonntag	Montag
	Rausch	Entzug/Konsum	Entzug/Konsum
Kokain/ Amphetamine	Rausch	Müdigkeit, depressive Stimmung, Konzentrationsstörung, Verlangen nach Wiederholung,	
Cannabis	Rausch	Leistungsminderung, Lustlosigkeit	

Abb.11: Hypothese der Auswirkungen des Wochenend- Drogenkonsums bei verschiedenen Drogentypen (CURRAN and TRAVILL, 1997)

4.1.3. Rechtliche Aspekte zum Drogenkonsum am Arbeitsplatz

4.1.3.1. Verpflichtungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bezüglich der Arbeitssicherheit

4.1.3.1.1. Pflichten des Arbeitgebers

Die Verantwortung des Arbeitgebers ist zivilrechtlich u. a. im § 618 BGB unter dem Gesichtspunkt des Schutzes des Dienstberechtigten verankert oder im Strafgesetzbuch bzw. VBG 1. Sie lässt sich auf vier Bereiche verteilen: die Arbeitsstätte, das Produkt, die Umwelt und die Organisation. Die Arbeitsstättenverantwortung hat v. a. zum Ziel, Personen und Sachen im Unternehmen zu schützen.

Die Produktverantwortung bezieht sich auf die Gefährdung von Personen und Sachen außerhalb des Unternehmens. Sie verpflichtet den Hersteller, sich um die Fehlerfreiheit seines Produktes zu kümmern und damit den Verbraucher vor einer eventuellen Gefährdung im Zusammenhang mit dem Produkt zu schützen.

Die Umweltverantwortung bedeutet für den Unternehmer, dass er dafür Sorge tragen muss, dass durch Umwelteinflüsse keine Personen oder Sachen, weder innerhalb, noch außerhalb des Unternehmens, geschädigt werden.

Die Organisationsverantwortung beinhaltet die Aufbau- und Ablauforganisation. Der Unternehmer ist zum Aufbau einer effizienten Unternehmensstruktur verpflichtet. Zum anderen muss er bestimmte Betriebsabläufe so organisieren, dass die im Unternehmen begründeten Risiken hinsichtlich der Arbeitsstätten-, Produkte- und Umwelteinwirkung, ausgeschaltet werden.

Daraus ergibt sich eine wichtige Verpflichtung für den Arbeitgeber. Er muss Arbeitnehmer einsetzen, die für die jeweilige, auszuübende Tätigkeit, geeignet sind.

Das bedeutet, dass die Mitarbeiter die entsprechenden fachlichen, geistigen, gesundheitlichen und psychomentalen Voraussetzungen erfüllen müssen. Der Arbeitgeber darf dem Mitarbeiter keine Aufgaben übertragen, von denen er weiß oder wissen muss, dass deren Ausführung die Kenntnisse oder Fähigkeiten des Arbeiters übersteigt. (MEYER und SCHACK, 1998)

Dieses ist im Arbeitsschutzgesetz § 7 verankert: „... der Arbeitgeber hat bei der Übertragung von Aufgaben auf Beschäftigte je nach Art der Tätigkeiten zu berücksichtigen, dass die Beschäftigten befähigt sind, die für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Aufgabenerfüllung zu beachtenden Bestimmungen und Maßnahmen einzuhalten.“ (MEYER und SCHACK, 1998).

Auf Drogenkonsum bezogen, sind die Ansprüche an die Zuverlässigkeit von Arbeitnehmern, in den Unfallverhütungsvorschriften VGB 1, § 38, Abs. 2 geklärt : „Versicherte, die infolge

Alkoholgenusses oder anderer berauschender Mittel nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, dürfen mit Arbeiten nicht beschäftigt werden.“.(MEYER und SCHACK, 1998)

4.1.3.1.2. Pflichten des Arbeitnehmers

Der Arbeitnehmer seinerseits darf sich, laut § 38, Abs. 1, VBG 1, als Versicherter nicht durch Alkohol (oder andere berauschende Mittel) in einen Zustand versetzen, durch den er sich selbst oder andere gefährden kann. Vielmehr ist er verpflichtet, alle, der Arbeitssicherheit dienenden Maßnahmen, zu unterstützen und alle Weisungen des Unternehmers zum Zwecke der Unfallverhütung zu befolgen (§ 14 VBG 1). Darüber hinaus ist der Beschäftigte gemäß § 15 ASG verpflichtet, nach seinen Möglichkeiten, sowie gemäß der Unterweisung bzw. Weisungen des Arbeitgebers für seine Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen. Machen Drogenkonsum oder dessen Nachwirkungen für ihn die Erbringung der Arbeitsleistung unmöglich, so verletzt der Beschäftigte außerdem seine vertragliche Arbeitspflicht. (MEYER und SCHACK, 1998)

4.1.3.1.3. Wie kann der Arbeitgeber seiner Kontrollpflicht nachkommen wenn vom Arbeitnehmer Drogen konsumiert wurden

4.1.3.1.3.1. Theoretische Überlegungen

Der Arbeitgeber ist sowohl verpflichtet, die gesetzlich vorgeschriebenen Rahmenbedingungen im technischen, organisatorischen, wie auch im arbeitsmedizinischen Bereich zu schaffen, als auch, dafür zu sorgen, dass die Arbeitsschutzbedingungen vom Arbeitnehmer eingehalten werden.

Somit muss er seine Beschäftigten auch auf ihre Arbeitsfähigkeit hin kontrollieren. Kommt der Arbeitgeber bzw. der Vorgesetzte zu dem Ergebnis, dass ein Mitarbeiter arbeitsunfähig ist, muss er diesem ein Arbeitsverbot aussprechen.

Es stellt sich nun zum einen die Frage, wann ein Mitarbeiter nicht mehr arbeitsfähig ist, und zum anderen, ob dies am Arbeitsplatz bemerkt wird, bzw. wie es festgestellt werden kann.

Wann im konkreten Fall Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden kann, ist von vielen Variablen abhängig. Klare Regelungen, wie sie im Straßenverkehr herrschen, wären deshalb sinnvoll.

Ob ein Arbeitnehmer unter Drogeneinwirkungen seiner Arbeit nachgeht, lässt sich zwar nicht immer erkennen, ist jedoch überprüfbar.

Drogenkonsum kann an körperlichen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten erkannt werden. Sicherheit geben ärztliche Untersuchungen. Sinnvoll sind diese auch nach dem Zufallsprinzip in sicherheitsrelevanten Bereichen. (MEYER und SCHACK, 1998)

Zu den Methoden der ärztlichen Untersuchung zählt das Drogenscreening, welches objektive und valide Ergebnisse liefert.

Grundsätzlich interessant sind Drogenscreenings auch als Bestandteil von Einstellungsuntersuchungen. (MEYER und SCHACK, 1998) An dieser Stelle durchgeführt, haben sie „präventiven“ Charakter und fördern die Drogenfreiheit des Unternehmens. Angekündigte Einstellungsdrogentests machen nach außen hin deutlich, dass das Unternehmen keinen Drogenkonsum unter seinen Beschäftigten duldet. So werden Drogenkonsumenten abgeschreckt, sich im Unternehmen zu bewerben. Sollten sich dennoch Drogenkonsumenten bewerben, können sie mittels einer Drogenscreeninguntersuchung erkannt und vom Arbeitgeber „ausgelesen“ werden.

4.1.3.1.3.2. Arbeitsmedizinische Untersuchung und Drogenscreening nach geltendem Recht

Folgend werden die Möglichkeiten und Grenzen, welche die derzeitige Rechtslage im Bezug auf die Arbeitsmedizinische Untersuchung und das Drogenscreening in Deutschland bietet, dargestellt.

Dabei wird zuerst auf die Bedingungen bei der Einstellungsuntersuchung und dann auf die arbeitsmedizinische Untersuchung während bestehender Beschäftigung eingegangen.

Nach den allgemeinen Grundsätzen des Arbeitsrechts gilt, dass sich ein Bewerber weder psychologischen Tests noch Einstellungsuntersuchungen unterziehen muss, soweit diese nicht gesetzlich vorgeschrieben sind, wie z. B. im Lebensmittelbereich nach § 18 des Bundesseuchengesetzes oder bei Jugendlichen nach § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes oder in den Unfallverhütungsvorschriften für spezifische Berufsgruppen. Im Allgemeinen ist daher die Einforderung eines Drogenscreenings bei der Einstellungsuntersuchung nicht zulässig. Grund dafür ist die starke Gewichtung des Persönlichkeitsrechts des Arbeitnehmers (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 verlangen die freie Entfaltung und die körperliche Integrität). Dies schließt das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung mit ein und überwiegt die Sorge um die Gesundheit und die Arbeitssicherheit. (FLECK 2000)

Nach dem Gesetz bleibt die Möglichkeit ein Drogenscreening einzufordern, wenn sich der Arbeitnehmer diesem freiwillig unterzieht und wenn die angestrebte Tätigkeit dies erfordert, entsprechend den Grundsätzen bei psychologischen Untersuchungen. Tätigkeiten, welche

Drogenfreiheit erfordern sind in den Unfallverhütungsvorschriften für spezifische Berufsgruppen aufgelistet.

In der Praxis ist es jedoch oft so, dass die Bewerber zur Teilnahme an einer Drogenscreeninguntersuchung gebeten werden, obwohl dies nach dem Gesetz nicht erforderlich ist. Die Bewerber, die in einer solchen Situation die Teilnahme verweigern, werden häufig gar nicht mehr in die Auswahl zur Stellenbesetzung einbezogen. (FLECK 2000, vgl. auch PANTER 2002) Somit werden jene, die vom Persönlichkeitsrecht Gebrauch machen, diskriminiert. „Und trotzdem dürfte ein Verstoß gegen des Diskriminierungsverbot in aller Regel nicht nachzuweisen sein, einschlägige Entscheidungen hierzu existieren jedenfalls nicht.“ (FLECK 2000)

Die rechtliche Lage bezüglich arbeitsmedizinischer Untersuchungen während des bestehenden Arbeitsverhältnisses ist ähnlich wie bei Einstellungsuntersuchungen. Das ASiG verpflichtet den Arbeitgeber zur Bestellung von Betriebsärzten, die ihn beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen sollen und beschreibt die Zuständigkeit des Arbeitsmediziners in den Bereichen der Vorbeugung, der Gesunderhaltung und der Abwendung von Schaden.

Die Möglichkeiten des Arbeitgebers, arbeitsmedizinische Untersuchungen Beschäftigter einzufordern, sind jedoch stark eingeschränkt. Denn für den Arbeitnehmer besteht aufgrund seines Persönlichkeitsrechts keine generelle Mitwirkungspflicht. Ausnahmen bestehen nur für ausgewählte Bereiche. So sind spezielle arbeitsmedizinische Untersuchungen z. B. durch das Bundesseuchengesetz für den Lebensmittelbereich, durch das Atomgesetz oder auch die Gesundheitsschutz-Bergverordnung vorgeschrieben und müssen vom Arbeitnehmer wahrgenommen werden. (BREITSTADT und MEYER, 1998)

Zum Thema Alkoholmissbrauch und Suchtkontrolle erging 1995 eine Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts, nach welcher der Arbeitnehmer aufgrund des verfassungsmäßig garantierten Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit, weder zu einer Untersuchung seines Blutalkoholwertes, noch zur Mitwirkung an einer Atemalkoholanalyse gezwungen werden kann. Hieraus wurde gefolgert, dass auch Drogenscreenings nicht von Arbeitgebern angeordnet werden dürfen, da Drogenscreening des Urins zweifellos mit einem Eingriff in die Intimsphäre verbunden ist. Nur in Ausnahmefällen, wenn das Einverständnis des Betroffenen vorliegt und die Unfallverhütungsvorschrift es vorschreibt, dürfen Drogenscreeninguntersuchungen durchgeführt werden.

Die einzige, direkt das Drogenscreening betreffende, gerichtliche Entscheidung wurde 1996 vom Bundesverwaltungsgericht gefällt. Nach diesem Beschluss dürfen durch die

Straßenverkehrsbehörde Drogenuntersuchungen (hier: Urinuntersuchungen) veranlasst werden, unter der Voraussetzung, dass bei dem Betroffenen konkreter Verdacht auf regelmäßigen Haschischkonsum besteht. Diese Entscheidung kann jedoch nicht einfach auf das Arbeitsrecht übertragen werden, da im Arbeitsbereich grundsätzlich nicht das gleiche Instrumentarium zur Verfügung steht, wie im Straßenverkehr. Das wurde auch in oben beschriebenem Urteil deutlich, wonach es Arbeitgebern, im Gegensatz zu den Kontrollmöglichkeiten, die der Straßenverkehrsbehörde zustehen, bei Alkoholmissbrauch eines Arbeitnehmers, nicht gestattet ist, das strafprozessuale Instrumentarium anzuwenden, also Blut- oder Atemalkoholanalysen zu veranlassen. Auch wenn der Arbeitgeber keine Kontrollmöglichkeiten hat, ist er beim Verdacht auf Drogenkonsum verpflichtet, nach den Unfallverhütungsvorschriften und seiner Fürsorgepflicht vorzugehen. Er muss den Arbeitnehmer vom Arbeitsplatz entfernen, soweit durch ihn die Arbeitssicherheit gefährdet ist. (FLECK 2000)

4.1.3.1.3.3. Konsequenzen bei festgestelltem Drogenkonsum eines Beschäftigten

Wird bei einem Beschäftigten festgestellt, dass dieser unter dem Einfluss von Drogen steht und aufgrund dessen seine Arbeit nicht ohne Gefahr für sich und andere ausüben kann, dann muss er so lange von der Arbeit freigestellt werden, bis die Drogenwirkung nachgelassen hat und er wieder arbeitsfähig ist.

Zeigt der betroffene Beschäftigte weiterhin starke Beeinträchtigungen aufgrund seines Drogenkonsums und weist erhebliche Fehlzeiten auf, dann muss der Arbeitgeber dahingehend auf den Beschäftigten einwirken, dass dieser sich aufgrund seines Drogenproblems in Behandlung begibt. Dabei gelten für den drogenabhängigen Beschäftigten die gleichen Regelungen, wie für jeden anderen kranken Arbeitnehmer. Der Arbeitgeber muss ihn für die Behandlungsmaßnahmen freistellen und für eine festgelegte Zeit die Lohnfortzahlung übernehmen (meist 6 Wochen).

Die krankheitsbedingte Kündigung durch den Arbeitgeber ist unter bestimmten Umständen möglich. Sie richtet sich zum einen nach der Prognose des Krankheitsverlaufs und der Beschäftigungsdauer des Betroffenen und zum anderen nach der Größe des beschäftigenden Unternehmens und nach der Verfügbarkeit befristeter Ersatzkräfte. Auch, wenn der drogenkranke Arbeitnehmer sich weigert, aufgrund seines Drogenproblems in Behandlung zu gehen, kann er gekündigt werden, wenn die erheblichen Beeinträchtigungen und Fehlzeiten bei ihm weiterhin bestehen.

4.2. Die Bedeutung betrieblichen Drogenscreenings in Deutschland

In den letzten Jahren gewann das betriebliche Drogenscreening in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Vor allem große Unternehmen begannen, ihre Bewerber und Beschäftigten auf den Konsum illegaler Drogen zu untersuchen, mit dem Ziel, einen drogenfreien Arbeitsplatz zu schaffen. Als Beweggründe nannten Unternehmer dabei zum einen ihre Sorgfaltspflicht um die Arbeitssicherheit ihrer Mitarbeiter, und zum anderen, das Interesse, die durch den Drogenkonsum ihrer Beschäftigten, für das Unternehmen anfallenden Kosten, zu senken.

Da man dem Drogenkonsum unter den Beschäftigten auf möglichst effektive Weise begegnen wollte, schien ein Instrument zur Objektivierung des Drogenkonsums von Personen, notwendig.

Es wurde begonnen, Drogentests, in Form von Screeninguntersuchungen, durchzuführen, um auf schnelle, unkomplizierte und kostengünstige Weise erste Anhalte für einen eventuellen Drogenkonsum von Beschäftigten zu bekommen.

4.2.1. Betriebliches Drogenscreening im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten

Wie bei jeder arbeitsmedizinischen Untersuchung, so müssen jedoch auch bei der Durchführung betrieblicher Drogenuntersuchungen die rechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden. Im Kapitel 4.1. wurde bereits dargestellt, unter welchen Voraussetzungen Unternehmen in Deutschland Drogentests bei ihren Beschäftigten durchführen dürfen. Es wurde dabei deutlich, dass die Möglichkeiten für Arbeitgeber, Drogentests unter Beschäftigten durchzuführen, eng umschrieben sind. Allerdings zeigt z. B. die stattliche Zahl der Unternehmen, welche mittlerweile von ihren Bewerbern Drogentests im Rahmen der Einstellungsuntersuchung fordern, ohne, dass dabei von einer Freiwilligkeit der Testteilnahme gesprochen werden kann, dass die Rechtsvorschriften in der Praxis teilweise nicht exakt eingehalten werden. Gesetzlich erlaubt dagegen sind Drogentests bei Arbeitsplatzbewerbern dann, wenn die Teilnahme des Betroffenen wirklich freiwillig geschieht, in dem Sinne, dass auch die Ablehnung des Tests kein Einstellungshindernis darstellt. Abgesehen davon wird Drogenscreening gemäß § 38 UVV eingesetzt, wenn bei einem Mitarbeiter aufgrund des beobachteten Verhaltens der Verdacht des Drogenkonsums besteht. Erklärt sich der Betroffene zur Testteilnahme bereit, dann lässt sich mittels des Ergebnisses der Verdacht bestätigen bzw. aufheben.

Möglich sind auch Drogentests bei Beschäftigten in sicherheitsrelevanten Positionen. Dabei können sowohl nach dem Zufallsprinzip, als auch nach anderer geregelter Verfahrensweise, begrenzte Personengruppen getestet werden. Oftmals liegt auch eine Vereinbarung vor, nach

der Mitarbeiter, die sich innerbetrieblich auf solche sicherheitsrelevanten Positionen bewerben oder versetzt werden sollen, getestet werden.

Und schließlich sind Drogenuntersuchungen noch möglich nach Betriebsunfällen, wobei dieselben Voraussetzungen gelten, wie im Falle des „konkreten Verdachtes“.

Keinen Grund zur Drogentestung stellt dagegen die Tatsache, dass ein Mitarbeiter aufgrund seines Drogenproblems eine Therapiemaßnahme genutzt hatte, dar. Vielmehr gilt der Mitarbeiter, welcher z. B. mit Erfolg an einem Drogenentzugsprogramm teilgenommen hatte, als gesund, und darf, wie jeder andere, nur auf konkreten Verdacht hin, oder an besonders sicherheitsrelevanten Arbeitsplätzen, im Rahmen des dortigen Untersuchungsmodus, auf Drogen getestet werden.

4.2.2. Die Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings

Im letzten Abschnitt wurden zwei wichtige Gründe genannt, weshalb sich Arbeitgeber dazu entschließen, Drogenscreening im Unternehmen zu implementieren: zum einen die Pflicht des Arbeitgebers, für die Arbeitssicherheit der Beschäftigten zu sorgen, und zum anderen das Interesse, Kosten, welche in Folge des Drogenkonsums von Beschäftigten für das Unternehmen auf verschiedene Weise entstehen können, durch die Eindämmung des Drogenkonsums, zu senken. Diese und andere Gründe stärken den Wunsch von Unternehmern, den Drogenkonsum in der Mitarbeiterschaft einzudämmen. Inwieweit mit Hilfe von Drogenscreeninginitiativen dieses Ziel verwirklicht werden kann, soll im Folgenden, anhand bisher gewonnener Untersuchungsergebnisse, gezeigt werden.

Da bis heute nur wenige deutsche Studien zu dem Themenbereich durchgeführt wurden, wird dazu des öfteren auf amerikanische Untersuchungen zurückgegriffen, welche teilweise bereits im Abschnitt 3.3. im Kontext der betrieblichen Drogenproblematik und –politik in den USA dargestellt wurden.

Neben den, von Unternehmensseite erwünschten, Auswirkungen von betrieblichem Drogenscreening, werden im anschließenden Kapitel auch andere wesentliche Folgen, welche sich durch die Durchführung von betrieblichen Drogenscreeningprogrammen in der Arbeitswelt ergeben, behandelt.

4.2.2.1. Der Einfluss betrieblichen Drogenscreenings auf die Verbreitung des Drogenkonsums unter den Beschäftigten

Dort, wo in Unternehmen Drogentests durchgeführt werden, sollen sie dazu dienen, den Drogenkonsum unter den Beschäftigten zu minimieren. Es stellt sich die Frage, inwieweit

sich dieses Ziel mit Hilfe von Drogenscreens erreichen lässt. Der Blick in die Praxis zeigt, dass Unternehmen dem Drogenproblem durch Tests auf doppelte Weise begegnen können. Zum einen durch Screenings im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen, und zum anderen durch die Testung Beschäftigter, unter den oben genannten Voraussetzungen.

Mit Hilfe von Einstellungstests können zum einen Drogenkonsumenten unter den Bewerbern um eine Arbeitsstelle „ausgelesen“ werden und zum anderen wird durch einen vorher angekündigten Drogeneinstellungstest, ein Teil der drogenkonsumierenden Interessenten bereits davon abgehalten, sich im Unternehmen zu bewerben. Und schließlich besteht noch die Möglichkeit, dass bei der Feststellung des Drogenkonsums eines Bewerbers, bei diesem auf die Beendigung seines Drogenkonsums hingewirkt werden kann.

So wird in manchen Unternehmen bei cannabispositiven Tests von jungen Bewerbern vorgegangen wie in jenem, bei welchem von 102 durchgeführten Drogentests 18 positiv ausgefallen waren, wobei sich die drogenpositiven Ergebnisse ganz überwiegend bei den unter 25-jährigen Cannabiskonsumenten fanden. In diesem Unternehmen wurde in jedem Fall eines positiven Drogenbefundes der Betroffene zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Gespräch eingeladen. Dieses sollte dazu dienen, mehr über die Hintergründe des Drogenkonsums, über soziale Beziehungen, besondere Konfliktsituationen u. a. herauszufinden und damit ermöglichen, ein Bild von der Persönlichkeit des Betroffenen zu bekommen. Danach wurden die jungen Leute häufig mit der Auflage eingestellt, sich für einen gewissen Zeitraum weiteren, unvorhergesagten Drogentests zu unterziehen. (PANTER 1998) In einem anderen Artikel betonte PANTER (2002), dass die Art der nachgewiesenen Drogen im Einstellungstest von Bewerbern maßgeblich beeinflusste, ob der Betroffene „auf Bewährung“ eingestellt wurde. Während nach Konsum von Opiaten oder Kokain in der Regel der Bewerber als nicht geeignet eingestuft wurde, bekamen Personen mit positivem Cannabis- oder Amphetamintest, welche sich einsichtig und willig zeigten, den Drogenkonsum zu beenden, zumeist eine Chance und wurden unter den genannten Auflagen eingestellt. Als wichtig stellte Panter auch heraus, dass bei drogenpositiven Einstellungstests nicht nach pauschalen Regelungen verfahren, sondern jeweils der Einzelfall gewürdigt werden sollte.

Das oben genannte Beispiel zeigte eine drogenpositive Testrate bei Einstellungstests eines Unternehmens von ca. 17 %. Dies entspricht auch den Ergebnissen eines anderen Betriebes, welcher unangekündigte Einstellungstests durchführte. Dahingegen berichtete ein wieder anderes Chemieunternehmen, welches seine Tests im Vorfeld ankündigte und die schriftliche Einverständnis der Bewerber dazu forderte, immerhin noch über 6 % positiver Befunde. (KÖHLER 1999)

Anhand der eben genannten Zahlen wird auch die abschreckende Wirkung von angekündigten oder bekannten Drogeneinstellungstests ersichtlich. Während bei den Unternehmen, welche unangekündigt testeten, 17 % der Tests drogenpositiv ausfielen, waren es unter den angekündigten Tests nur 6 %. Und auch LANGE et al. (1994) berichtet von einem deutlichen Rückgang der Rate drogenpositiver Einstellungstests an einem amerikanischen Lehrkrankenhaus. So sank nach Einführung der Tests die Positivrate von 11 auf 6 % aller Bewerber. Diese Differenz kann verschiedene Gründe haben. Zum einen ist damit zu rechnen, dass ein Unternehmen, dessen Drogeneinstellungstests den Bewerbern bekannt sind, bereits diejenigen Drogenkonsumenten, welche nicht bereit oder fähig sind, ihren Konsum zu beenden, davon abhält, sich zu bewerben. Andererseits muss man aber, wenn man bedenkt, dass der Großteil positiver Tests durch junge Menschen, die gelegentlich Cannabis konsumieren, verursacht wird, auch davon ausgehen, dass es für diese keine große Schwierigkeit darstellt, den Drogenkonsum für eine Zeit einzustellen, um ein negatives Testergebnis zu erhalten.

Doch auch, wenn längst nicht alle Drogenkonsumenten durch Einstellungsscreenings erfasst werden können, so scheinen Drogentestungen gerade an dieser Stelle effektiv, wenn man bedenkt, dass bei den meisten, später im Unternehmen entdeckten Drogenkonsumenten, der Konsum schon vor dem Eintritt in das Unternehmen bestanden hatte. Kleinsorge (1999) berichtete über eine Untersuchung von 60, wegen Drogenkonsums auffällig gewordener Mitarbeitern eines Werkes der BASF Aktiengesellschaft. Von diesen habe der Drogenkonsum bei allen schon vor dem Beginn des Arbeitsverhältnisses bestanden.

Wie schon unter 4.2.1. beschrieben, handelt es sich beim Screening Beschäftigter entweder um routinemäßige Untersuchungen in sicherheitsrelevanten Bereichen, die stichprobenartig oder nach einer anderen geregelten Verfahrensweise durchgeführt werden, wie z. B. bei einer innerbetrieblichen Versetzung auf eine Gefahrenposition, oder aber um Tests, die durchgeführt werden, um einen bestehenden Verdacht auf den Drogenkonsum eines Mitarbeiters zu entschärfen bzw. zu erhärten, so z. B. bei festgestellten Verhaltensauffälligkeiten eines Beschäftigten oder nach einem Betriebsunfall. Dass routinemäßig durchgeführte Drogentests gerade in sicherheitsrelevanten Bereichen ihre Berechtigung haben, zeigt z. B. die Untersuchung eines Chemieunternehmens, welches während eines Jahres bei jeder innerbetrieblichen Versetzung eines Mitarbeiters in einen Gefahrenbetrieb ein Drogenscreening durchführte, wobei 7 % der Tests positiv ausfielen.

Von diesem Wert nimmt man auch an, dass er dem tatsächlichen Drogenkonsum von Beschäftigten in der chemischen Industrie entspricht. (KÖHLER 1999)

Die Effektivität von Drogenscreeningprogrammen hinsichtlich der Verminderung des Drogenkonsums in der Mitarbeiterschaft wurde bisher in amerikanischen Studien untersucht. Als Hilfe für das Verständnis und die Einordnung der, aus amerikanischen Untersuchungen gewonnenen Ergebnisse, dient das Kapitel 3.3., welches einen Überblick über das Feld des betrieblichen Drogenscreenings in den USA, gibt.

So liegt z. B. eine amerikanische Studie aus dem Jahr 2004 vor, welche nach der Untersuchung von 18- bis 65-jährigen Beschäftigten aus über 15.000 Haushalten, einen deutlich signifikanten Zusammenhang zwischen jeglicher Form betrieblichen Drogenscreenings (zur Einstellung, bei Verdacht, bei stichprobenartigem Testen, usw.) und einer Reduktion des chronischen oder gelegentlichen Drogenkonsums der Arbeitnehmer feststellte. (FRENCH et al., 2004)

Und auch der Haushaltsbericht des SAMHSA aus dem Jahr 1997, welcher die Daten von 78 Millionen 18- bis 49-jährigen Vollzeitbeschäftigten in den USA berücksichtigt, untermauert dieses Ergebnis.

Es handelte sich dabei um eine Befragung von Arbeitnehmern aus 14 verschiedenen Arbeitsbereichen. Dabei wurde neben persönlichen Angaben der Arbeitnehmer zu ihrem Drogenkonsumverhalten auch erfasst, ob und zu welchen Anlässen in den einzelnen Unternehmen Drogenscreenings durchgeführt wurden. Es zeigte sich, dass, unabhängig von der Unternehmensbranche und dem Arbeitsbereich, Screenings zur Einstellung an erster Häufigkeitsstelle standen, gefolgt von den Drogentests nach Arbeitsunfällen, den Testungen bei begründetem Verdacht und den stichprobenartig durchgeführten Screenings.

Weiter ließen die Angaben der Befragten darauf schließen, dass in Firmen, welche Drogentests bei begründetem Verdacht des Drogenkonsums eines Mitarbeiters durchführen, ca. 50 % weniger Drogenkonsumenten beschäftigt sind, als in nichttestenden Unternehmen. Bei Arbeitgebern, welche bei der Einstellung oder stichprobenartig während bestehender Beschäftigung, testeten, fanden sich jeweils 25 % weniger drogenkonsumierende Mitarbeiter, und dort, wo nach jedem Arbeitsunfall der Betroffene einem Drogenscreening unterzogen wurde, schien die Zahl der drogenkonsumierenden Beschäftigten um ein Fünftel geringer zu sein, als in Unternehmen, welche kein Drogenscreening durchführten. Die Studienergebnisse zeigten damit deutliche Zusammenhänge zwischen der Durchführung verschiedener Arten des betrieblichen Drogenscreenings und der Verminderung des Drogenkonsums unter den Beschäftigten. (BUSH and AUTRY, 2002)

4.2.2.2. Die Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings auf Arbeitssicherheit und Arbeitsleistung

Bereits im Abschnitt 4.1.2.2. wurde auf den Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum in der Arbeitswelt einerseits und der Arbeitssicherheit und Arbeitsleistung andererseits, eingegangen. Es wurde darüber berichtet, dass der Drogenkonsum Beschäftigter im Zusammenhang mit einem erhöhten Sicherheitsrisiko für die Betroffenen selbst, die Mitarbeiter und die Umwelt gesehen wird, außerdem mit einer Minderung der Arbeitsleistung der Drogenkonsumenten, häufigeren und längeren unentschuldigten und krankheitsbedingten Fehlzeiten, höheren Krankheitskosten und dem vorzeitigen Abbrechen des Arbeitsverhältnisses. Es steht außer Frage, dass die schadensbilanzierende Betrachtungsweise im Vordergrund steht, wenn es um das Thema „Drogen in der Arbeitswelt“ geht. Und obgleich dies in den meisten Fällen zurecht so eingeschätzt werden mag, soll doch auch auf die stark leistungssteigernden Wirkungen mancher Drogen erinnert werden, welche sich z. B. bekannte Rockmusiker und Schriftsteller, v. a. der 60er und 70er Jahre, für ihre schöpferische Arbeit zunutze machten und welche auch im Sport zur Genüge bekannt sind.

Und auch bei Beschäftigten in Betrieben und Verwaltungen ist der Gebrauch von Drogen zum Erhalt oder zur Steigerung der Leistungsfähigkeit ein alltägliches Phänomen. Neben dem Kaffee, dessen leistungssteigernde Wirkung hinlänglich bekannt ist, sind auch Psychostimulantien wie Amphetamine und Kokain als typische Leistungsdrogen bekannt. Hypnotika und Analgetika dagegen können die Arbeitsfähigkeit erhalten, indem sie Schlafstörungen und Kopfschmerzen lindern. Deswegen muss bei einer Einschätzung der Auswirkungen von Drogen auf die Arbeitsleistung auch an jene „leistungsfördernden“ Drogeneffekte gedacht werden, selbst wenn sich der betriebliche „Nutzen“ des Drogenkonsums unter Mitarbeitern nicht beziffern lässt.

Zurück zu den schädlichen Auswirkungen des Drogenkonsums am Arbeitsplatz, geht man davon aus, dass eine Reduktion des Drogenkonsums im Unternehmen, z. B. mit Hilfe von Drogenscreeningprogrammen, eine Zunahme an Arbeitssicherheit und Produktivität mit sich bringt. Wie stark solche gewünschten Effekte tatsächlich sein können, wird im Folgenden anhand einiger Studien aus der amerikanischen Arbeitswelt gezeigt. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass sich nicht alle angeführten Untersuchungen ausschließlich auf die Auswirkungen von Drogentestungen beziehen, sondern, dass zum Teil auch die Effekte ganzheitlicher betrieblicher Drogenhilfeprogramme (Drug-Free Workplace-Programme, siehe Kapitel 3.3.), in deren Rahmen Drogenscreens durchgeführt wurden, zitiert werden.

So liegt z .B. eine umfangreiche Studie aus den Jahren 1994 bis 2000 vor, welche detaillierte Untersuchungen von Drug-Free Workplace-Programmen aus 261 Unternehmen mit insgesamt fast 14.500 Beschäftigten enthält. Diese Untersuchung zeigt einen statistisch deutlich signifikanten Zusammenhang zwischen der „Drug-Free Workplace“-Intervention und einem Rückgang der Unfallrate in der Bau- und Herstellungsindustrie sowie bei den Dienstleistungen, wobei die präventive Wirkung des Programms für die Bauindustrie am größten war. Eine Reduktion des Vorkommens schwererer Unfälle, verbunden mit einem Arbeitsausfall von 4 oder mehr Tagen, stellte sich für die Branchen Bau und Dienstleistung heraus. Das allgemeine Verletzungsrisiko wurde um ca. 3 Fälle pro 100 Personenjahre reduziert, während das Risiko für schwerere Unfälle (mit Arbeitsausfall von 4 oder mehr Tagen), sich um einen Unfall pro 100 Personenjahre verringerte.

Für die krankheitsbedingten Kosten der einzelnen Unternehmen bedeutete dies Einsparungen unterschiedlicher Höhe. Im Rahmen der Untersuchung betrugen die aus Krankheit und Erwerbsunfähigkeit resultierenden Kosten in Zusammenhang mit Drogenkonsum für die Bau- und Herstellungsindustrie sowie den Dienstleistungssektor pro Unfall im Jahr 1996 durchschnittlich je \$ 4.851, \$ 2.228 und \$ 3.222. Ausgehend von diesen Zahlen, wurde durch die Verringerung des Unfallrisikos durch ein Drug-Free Workplace Programm für ein Unternehmen mit 50 Beschäftigten jährliche Einsparungen von etwa \$ 11.600 für Bauunternehmen, \$ 3.800 für Hersteller- und \$ 11.450 für Dienstleistungsunternehmen angenommen.

Als ausschlaggebende Faktoren, welche das Potential der Programme, die Unfallrate zu senken, stark beeinflussen, wurden im Rahmen der Studie die jeweilige Höhe des Unfallrisikos und die des Drogengebrauchs unter den Beschäftigten, erkannt. Innerhalb der Studie zeigten sich die größten Effekte der Drug-Free Workplace-Programme in der Bau-Industrie. Hier waren ursprünglich sowohl das Unfallrisiko, als auch die Prävalenz des Drogengebrauchs in der Mitarbeiterschaft höher, als in den anderen Industriezweigen.

In Unternehmen mit hoher Unfallrate und einem großen Drogenproblem schien das Programm eine Arbeitskultur zu fördern, welche die Sicherheit und die Wichtigkeit der Reduktion des Unfallrisikos durch die Prävention des Drogengebrauchs und die Behandlung hervorhebt. Bei einem nur kleinen Ausmaß des Drogenkonsums im Unternehmen, oder bei einem nur geringen Unfallvorkommen, wird ein weiterer Rückgang des Drogenkonsums keine große zusätzliche Verminderung der Unfallhäufigkeit mit sich bringen.

Und auch Unternehmen mit niedriger Unfallrate werden wahrscheinlich nicht in Form einer Verminderung des Unfallvorkommens von solchen Programmen profitieren.(WICKIZER et al., 2004)

Allerdings können auch sie von einer Reduktion des Drogengebrauchs Vorteile erwarten, zum Beispiel durch einen Rückgang der drogenbedingten Fehlzeiten und Fluktuation und bessere Arbeitsleistungen der Beschäftigten. So berichtet z. B. der U.S. Postalservice (us-amerikanische Postdienstleister) von großen Kosteneinsparungen durch einen Rückgang in den Fehlzeiten und in der Fluktuation innerhalb des Betriebs, seit der Durchführung von Einstellungsdrogenscreens und die damit verbundene Auslese der Bewerber. (OZMINKOWSKY et al. 2003)

Doch die Wirkung von Drogenscreeningprogrammen hinsichtlich der Erwerbssteigerung von Unternehmen ist nicht unumstritten. In einer weiteren amerikanischen Studie stellte sich erstaunlicherweise heraus, dass Unternehmen, welche Drogentests durchführten, eine geringere Produktivität aufwiesen, als solche, die nicht testeten. Sowohl Einstellungs-screens als auch Stichprobentests wurden mit einer niedrigeren Ertragsfähigkeit im Zusammenhang gesehen. Als möglicher Grund wurde hier genannt, dass Drogenkonsumenten sich in erster Linie bei nicht-testenden Firmen bewerben würden, womit bei einem ausreichenden Arbeitsplatzangebot für Unternehmen die Auswahl an Bewerbern stark eingeschränkt sei. (SHEPARD and CLIFTON,1998)

Dass gerade Einstellungstests durch die Auslese drogenkonsumierender Bewerber Kostenersparnisse für Unternehmen bringen können, bestätigen wiederum Daten des U.S. Postalservice, der die Kosteneinsparungen von geschätzten \$ 105 Millionen jährlich, hauptsächlich auf den Rückgang bei den Fehlzeiten und der Fluktuation im Unternehmen zurückführt (OZMINKOWSKY et al., 2003).

4.2.2.3. Kosteneffektivität von Drogenscreening und betrieblichen Drogenhilfeprogrammen

Für die Attraktivität betrieblicher Drogenscreeningprogramme ist neben ihrer positiven Auswirkungen auf die Arbeitssicherheit, krankheitsbedingte Kosten und die Produktivität, von entscheidendem Interesse, dass das Erlangen genannter Vorteile in kosteneffektiver Weise vor sich geht. Unternehmensziele sind immer in erster Linie gewinnorientiert. Daran müssen sich auch Drogenscreeningprogramme messen lassen. Die Ausgaben für die Programme sollten die Einsparungen durch verminderte drogenbedingte Kosten nicht übersteigen.

Mit der Frage der Kosteneffektivität von Drogenscreeningprogrammen beschäftigte sich auch die vorhin bereits vorgestellte amerikanische Studie der Jahre 1994 bis 2000, welche eine reduzierende Wirkung von Drug-Free Workplace-Interventionen auf die Unfallrate und die damit verbundenen Kosten durch Krankheit und Erwerbsunfähigkeit von Arbeitnehmern feststellte.

Der Studie zufolge können mit Hilfe eines Programmes, welches Drogenscreening und ein „Employee assistance program“ (Drogenhilfeprogramm für Arbeitnehmer- EAP) beinhaltet, in einem Unternehmen mit 50 Beschäftigten, jährlich unfallbedingte Kosten in Höhe von ungefähr \$ 11.600 für Bauunternehmen, \$ 3.800 für Herstellerbetriebe und \$ 11.450 für Dienstleister eingespart werden. Diesen Einsparungen wurden die Kosten für die Drogenprogramme mit dem Drogenscreening, entgegengesetzt, wobei durchschnittlich für einen Drogentest \$ 50 und jährliche EAP-Kosten von \$ 20 pro Beschäftigtem gerechnet wurden. Für die an der Studie teilnehmenden Unternehmen ergaben sich durch die Drogeninterventionen damit, zusätzlich zu den vorher genannten, positiven Effekten, auch geringe Nettoeinsparungen. (WICKIZER et al., 2004)

Die Studie steht für die Möglichkeit des kosteneffektiven Einsatzes von, den Drogenkonsum reduzierenden, Maßnahmen in der Arbeitswelt. Dabei bedarf es für jedes Unternehmen der Wahl, individuell geeigneter, kosteneffektiver Interventionsstrategien, berücksichtigend z. B. den Umfang und die, je nach Anbieter, variierenden Kosten für Drogenscreening- und Drogenhilfeprogramme.

Zwei andere amerikanische Studien mit Postarbeitern zeigen, dass die Durchführung von Drogenscreeningprogrammen weder grundsätzlich zu Einsparungen, noch zu Geldeinbußen führt. Alles hänge von der Höhe des Anteils positiver Tests in der untersuchten Gruppe, von den Kosten, Mitarbeiter anzuwerben und von den direkten und indirekten Kosten durch das Drogenscreening selbst, ab. Sei die Drogenprävalenz bei den Untersuchten sehr gering und liege bei nur 1 bis 2 %, dann sei Screening kaum kosteneffektiv.

Dort wo allerdings der Drogenkonsum unter den Bewerbern hoch sei, oder die Inzidenz von Unfällen mit positiven Drogentests korreliere, da sei Screening wahrscheinlich rentabel. (BROADWELL 1994)

Die Auswirkungen der Drogentestungshäufigkeit auf die Unfallrate und die Gesundheitskosten, wurden in einer großen amerikanischen Herstellerfirma in den Jahren 1996 bis 1999 untersucht.

Bei der Frage nach der Minimierung der Gesundheitsausgaben kommt die Untersuchung zum Ergebnis, dass diese am geringsten seien, wenn pro Quartal 42 % der Beschäftigten auf

Drogen getestet würden. Für den einzelnen Arbeitnehmer bedeutete dies die Teilnahme an 1,68 Drogentests pro Jahr.

Da sich bei der Studie ein linearer Zusammenhang zwischen Screening und Unfallrate herausstellte, bedeutet eine Erhöhung der Testhäufigkeit eine weitere Abnahme der Unfallwahrscheinlichkeit. Im Fall der untersuchten Herstellungsfirma war das Unfallvorkommen bei der genannten Screeningrate von 42 % pro Quartal bereits so niedrig, dass vermehrtes Testen nur mehr wenig Verbesserung hinsichtlich der Unfallhäufigkeit bewirkt hätte. Zudem zeigte sich eine u-förmige Beziehung zwischen Drogenscreening und medizinischen Aufwendungen. Ursächlich hierfür könnte sein, dass Screening über das kostenminimierende Maß hinaus, zu einer übertriebenen Gesundheitssorge, oder zu einem schnelleren Einsatz von Hilfsmaßnahmen kommt. Letztere wurden im us-amerikanischen Raum vermutlich insbesondere auch in Anspruch genommen, um den Verlust der Krankenversicherung, für den Fall der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses aufgrund eines positiven Drogentests, zu vermeiden. (OZMINKOWSKY et al., 2003)

Um kosteneffektiv zu handeln, ist es notwendig, das rechte Maß bezüglich der Drogenscreeninghäufigkeit in einem Unternehmen zu finden.

Den letzten Abschnitt zusammenfassend, lässt sich sagen, dass Unternehmen, welche Drogentests durchführen, ein klares Zeichen gegen den Drogenkonsum setzen.

Es zeigt sich, dass Unternehmen mittels Drogenscreening auf verschiedene Weise den Drogenkonsum unter ihren Beschäftigten vermindern können. Während bei Einstellungstests v. a. die abschreckende Wirkung und die Auswahl der Bewerber im Vordergrund steht, ermöglichen Drogenscreens während des Arbeitsverhältnisses, die Beschäftigung Drogenkonsumierender an sicherheitsrelevanten Arbeitsplätzen zu verhindern, und bei bestehendem Verdacht des Drogenkonsums eines Mitarbeiters, Klarheit zu schaffen. Im ersten Fall werden v. a. chronische oder uninformierte Drogengebraucher entdeckt, später sind es v. a. die chronischen Konsumenten.

Studien aus amerikanischen Unternehmen belegen die Potenz von Drogenscreeningprogrammen, den Drogenkonsum in der Mitarbeiterschaft zu senken und damit auch die Unfallraten und Krankheitsausgaben von Unternehmen zu reduzieren.

Die Wirkung ist dabei umso größer, je höher die Unfallrate und der Drogenkonsum im Unternehmen ausfällt.

Außer den positiven Auswirkungen auf die Arbeitssicherheit, bringt verminderter Drogenkonsum auch durch verringerte Fehlzeiten und verbesserte Arbeitsleistung eine Produktivitätssteigerung für das Unternehmen mit sich.

Ob ein Drogenscreeningprogramm für ein Unternehmen kosteneffektiv durchgeführt werden kann, hängt von mehreren Faktoren ab, wie dem Konsumvorkommen und der Unfallrate im Unternehmen, von der Rate positiver Tests (z. B. bei Einstellungstests), von der Testungshäufigkeit und den Testkosten. Deswegen sollte jedes Unternehmen, welches im Begriff ist, ein betriebliches Drogenscreeningprogramm einzuführen, genau untersuchen, in welcher Form die Durchführung eines solchen Programms, unter den jeweiligen vorliegenden Bedingungen, kosteneffektiv gestaltet werden kann.

4.2.2.4. Die Akzeptanz betrieblichen Drogenscreenings

Wenn in der Öffentlichkeit in Deutschland von Drogenscreening in der Arbeitswelt gesprochen wird, handelt es sich hauptsächlich um Schilderungen negativer Erfahrungen und Befürchtungen. So gibt es z. B. im Internet eine Fülle von „Userseiten“, in denen Drogenkonsumenten ihren „Kollegen“ von Erfahrungen mit Einstellungstests berichten und jene vor den entsprechenden, durchführenden Firmen „warnen“. Drogenscreening wird als eine ungehörige und gemeine Form der Gängelung von Bewerbern gesehen, wobei sowohl die Qualität der Tests in Frage gestellt wird (es wird dabei auf die Möglichkeit falsch-positiver Tests, wie z. B. nach der Einnahme von Hustensaft, verwiesen), sowie auch deren Aussagekraft (da es noch keine Erkenntnisse über den Zusammenhang von (Urin-) Drogenkonzentrationen und der Beeinträchtigung der Person gibt). Man spürt die Einschränkung der persönlichen Freiheit (selbst nach Feierabend und am Wochenende dürfen keine Drogen konsumiert werden) und erlebt die Kontrolle des Drogengebrauchs als einen Schritt in Richtung auf einen „gläsernen Menschen“, welcher vor seinem Arbeitgeber keine Geheimnisse haben kann. Auch die Befürchtung, dass der nächste Schritt, nach Einführung von betrieblichem Drogenscreening, dazu führe, auch Schwangere und Kranke, durch entsprechende Tests bei der Einstellung, herauszufiltern, liegt nahe.

Ausdruck haben diese Befürchtungen auch in der Verleihung des „Big Brother Award“ in der Kategorie „Arbeitswelt“ bekommen. Stellvertretend für alle Unternehmen, welche Einstellungsdrogentests durchführen, erhielt die Bayer AG, Leverkusen im Oktober 2002 diesen „Preis“. (TANGENS 2002)

Der Leiter des Arbeitsmedizinischen Dienstes der Freien und Hansestadt Hamburg, Dr. Michael PESCHKE (2000) warnt in seinem Beitrag in „Illegale Drogen in der Arbeitswelt“ insbesondere vor der Durchführung „ungezielten“, routinemäßigen Drogenscreenings. Seiner Meinung nach eigne es sich nicht, um die mögliche Gefährdung durch Drogenkonsum zu minimieren. Vielmehr nehme man durch solches Vorgehen in Kauf, das Vertrauensverhältnis

zwischen den Beschäftigten und dem Betriebsarzt zu stören, da es auf dem Misstrauen gegenüber den Angaben der Beschäftigten basiere.

Genauere Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber betrieblichem Drogenscreening und zu den Faktoren, welche die Akzeptanz solcher Drogenuntersuchungen beeinflussen, wurden in den USA durchgeführt. Die Befragungen zur Einstellung gegenüber Drogentests fielen sehr unterschiedlich aus. Auch innerhalb der Untersuchung einer Stichprobe von Erwachsenen in Georgia aus dem Jahr 1986 zeigte sich diese ambivalente Haltung. Während etwa die Hälfte der Befragten Drogentests grundsätzlich ablehnte, waren fast Dreiviertel der Arbeitenden unter ihnen selbst bereit, an Drogenuntersuchungen teilzunehmen.

Eine andere Untersuchung unter 333 Eisenbahnern zeigte, dass 23 % von ihnen der Meinung waren, Drogentestung sei eine ineffektive Methode um dem Drogenproblem am Arbeitsplatz zu begegnen, wohingegen 34 % Screening für ein geeignetes Mittel hielten. Von allen 333 Eisenbahnangestellten fanden jedoch 84 % Drogentests unfair.

Einheitlicher werden die Meinungen, wenn es um Drogenscreening in sicherheitsrelevanten Arbeitsbereichen geht. So seien College-Studenten Drogentests viel positiver gegenüber eingestellt, wenn die Gefahr, am Arbeitsplatz für andere Personen sicherheitsgefährdende Fehler zu begehen, groß war. (TRICE und STEELE, 1995)

CROPANZANO und KONOVSKEY (1995) untersuchten außerdem die Bedingungen, unter denen eine Untersuchung wie das Drogenscreening von den Betroffenen als möglichst fair angesehen und akzeptiert wird. Dabei bestätigte sich ihre Vermutung dahingehend, dass das Empfinden von Fairness gegenüber eines Drogenscreeningprogramms dann zunahm, wenn diesbezügliche Anliegen von Beschäftigten bei den Verantwortlichen bzw. der Geschäftsleistung Beachtung fanden und die Möglichkeiten der eigenen Rechtfertigung bzw. der Klage, z. B. gegen ein Drogentestergebnis, von Seiten der Arbeitnehmer, gesichert waren. Weiterhin eine wichtige Rolle spielten für die Betroffenen die Konsequenzen eines Testergebnisses. Ein Test dessen drogenpositives Ergebnis nicht sofort zur Nichteinstellung oder zur Entlassung führt, wird viel eher als fair angesehen, als im gegenteiligen Fall. Zu entsprechenden Ergebnissen führten auch Untersuchungen in den vorangegangenen Jahren durch FOLGER und MARTIN (1986) und durch GRILLIAND (1993).

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich auch Wege ableiten, um ein bisher schlecht akzeptiertes Screeningprogramm akzeptabler zu gestalten, wobei den Veränderungsmöglichkeiten, indem z. B. die Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden soll, freilich Grenzen gesetzt sind.

4.2.2.5. Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings auf den Arbeitsmarkt

Neben den Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings auf den einzelnen Beschäftigten und das Unternehmen, müssen auch die Folgen durch das Screening bzw. die Drogenhilfemaßnahmen auf den gesamten Arbeitsmarkt bedacht werden, insbesondere dann, wenn der Anteil testender Firmen in einem Binnenraum hoch ist. Am Beispiel der betrieblichen Drogenpolitik der USA, auf welche im Kapitel 3.3. eingegangen wurde, wurden die Folgen einer, in großem Umfang durchgeführten, betrieblichen Drogenpolitik, deutlich.

Wie bereits festgestellt wurde, sind in Unternehmen, welche Drogentests durchführen, weniger Drogenkonsumenten beschäftigt, als in solchen Unternehmen, die nicht testen.

Zum einen meiden Drogen konsumierende Arbeitsplatz Suchende eher testende Firmen und bewerben sich dort erst gar nicht, und zum anderen werden Bewerber mit positivem Drogentest für gewöhnlich nicht eingestellt.

Die Folge davon ist, dass sich Drogenkonsumenten vermehrt an Unternehmen wenden, welche nicht testen und der Anteil drogenkonsumierender Mitarbeiter in solchen Unternehmen steigt. Dies wird für nichttestende Firmen umso spürbarer, je mehr Unternehmen Drogentests durchführen, und je mehr die Bewerberzahl, aufgrund der Arbeitsmarktsituation, sinkt.

Davon ausgehend, dass Drogenkonsumenten weniger Leistung erbringen als Nichtkonsumenten, bedeutet diese Verlagerung gleichzeitig eine Verschiebung der Kosten durch drogenkonsumierende Mitarbeiter hin zu nichttestenden Firmen. (FRENCH, ROEBUCK and ALEXANDRE, 2004)

4.2.2.6. Ethische Aspekte betrieblichen Drogenscreenings

Wenn das betriebliche Drogenscreening aus ethischer Perspektive beurteilt werden soll, dann muss dies in seinem Kontext geschehen, das heißt, es müssen auch die entsprechenden Voraussetzungen und Folgen solchen Handelns berücksichtigt werden.

In diesem Kapitel soll das Feld des betrieblichen Drogenscreenings anhand dreier Schritte auf seine ethische Verantwortbarkeit hin überprüft werden. Wobei zum einen die Arbeitssicherheit und Verantwortung des Bewerbers bzw. des Arbeitnehmers, zum anderen aber auch die Verantwortung des Arbeitgebers beachtet werden sollen.

Im ersten Schritt wird das Verbot des Drogenkonsums nochmals hinsichtlich der Arbeitssicherheit in Augenschein genommen. Im zweiten Schritt wird die Durchführung von Drogenscreening als eine Methode, welche die Einhaltung des Drogenverbots sichern soll,

betrachtet. Und schließlich werden auch die Folgen von Drogentestergebnissen für die Betroffenen, erörtert.

Zur Untersuchung dieser drei Punkte werden jeweils die Prinzipien der „Folgenabwägung“, der „Nachhaltigkeit“ und das „Hypothesenprinzip“ angewandt.

Diese Instrumente werden im Rahmen der Erörterung des ersten Schrittes erklärt. Dabei steht zunächst die Frage nach den möglichen Folgen, eines betrieblichen Drogenkonsumverbotes, für die Arbeitssicherheit zur Diskussion. Das „Ziel“ ist die Erhöhung der „Arbeitssicherheit“. Ein mögliches „Mittel“ zur Verfolgung des Zieles, soll das „Verbot des Drogenkonsums“ sein, da, wie schon festgestellt, die Möglichkeit besteht, dass Drogenkonsum die Arbeitssicherheit gefährdet. Die Frage „Was bewirkt ein betriebliches Drogenkonsumverbot?“ wird nun mittels der drei genannten Prinzipien erörtert. Dabei berücksichtigt das Folgenabwägungsprinzip die Folgen, die sich zum einen durch das Verbot und zum anderen durch das Fehlen des Verbotes, ergeben, und stellt sich die jeweils möglicherweise resultierenden Konsequenzen für den besten und für den schlimmsten Fall gegenüber. Auf die Frage, was bei einem Verbot des Drogenkonsums im Unternehmen im schlimmsten Falle geschehen kann, wäre die Antwort z. B. ein Verlust an Lebensqualität für den Arbeitnehmer, durch die Einschränkung der Selbstbestimmung und den Verzicht des Drogengenusses, welcher sich sogar auf die arbeitsfreie Zeit erstrecken würde. Im besten Fall dagegen, würde ein Verbot des Drogenkonsums sogar einen Gewinn an Lebensqualität bedeuten, indem es zu einer Minimierung oder Aufgabe des möglicherweise schädlichen Drogenkonsums führen würde. Betrachtet man die möglichen Folgen des Drogenkonsums bei fehlendem Konsumverbot, so kann im besten Fall mit der Erhaltung der Lebensqualität und der Selbstbestimmung des Drogenkonsumenten gerechnet werden. Im schlimmsten Fall dagegen, besteht eine erhöhte Gefahr von Arbeitsunfällen die unter Umständen auch zum Tod führen können. Zudem kann es zu Umweltschäden, und Produktionseinbußen für das Unternehmen kommen. Für den Drogenkonsumenten erhöht sich die Gefahr der Etablierung bzw. Verstärkung des Suchtverhaltens.

Das Prinzip der Nachhaltigkeit fragt im zweiten Untersuchungsschritt nach der Reversibilität des Drogenkonsumverbots. Diese kann bejaht werden. Ein einmal aufgestelltes betriebliches Verbot jeglichen Drogenkonsums kann zurückgenommen werden. Allerdings bleibt nach dem Arbeitsschutzgesetz immer noch die Verpflichtung für Arbeitnehmer, sich nicht in berauschem Zustand zur Arbeit zu begeben, und die des Unternehmers, berauschte Arbeitnehmer nicht zu beschäftigen.

Zuletzt wird die vorhin aufgestellte Hypothese „Drogenkonsum kann die Arbeitssicherheit beeinträchtigen“, auf ihre Widerlegbarkeit hin überprüft. Die Aussage kann nicht widerlegt werden, da, wie im Abschnitt 4.1.2.2.3. ausgeführt, der Gebrauch von Drogenstoffen beim Konsumenten physische und psychische Beeinflussungen in vielfacher Weise nach sich zieht, welche sich u. a. in der Verminderung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit zeigen und damit auch eine Gefährdung der Arbeitssicherheit mit sich bringen können.

Hätte die These dahingegen „Drogenkonsum beeinträchtigt die Arbeitssicherheit“ geheißen, wäre sie widerlegbar gewesen, denn nicht jede Form des Drogenkonsums muss notwendiger Weise die Wahrnehmung, Leistung, usw. des Konsumenten störend beeinflussen.

Die Untersuchung dieses ersten Abschnittes kommt zum Schluss, dass Drogenkonsum von Beschäftigten schädlich für die Arbeitssicherheit sein kann und dass daher ein Verbot des Drogenkonsums in Betracht gezogen werden kann.

Die Einführung eines Drogenkonsumverbotes ist unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit problemlos möglich. Bei der Folgenabwägung steht im schlimmsten Falle, mit dem Drogenverbot, eine geringere Einbuße an Lebensqualität, einer starken Minderung der Lebensqualität durch Sucht, Unfälle, usw. bei fehlendem Drogenverbot, gegenüber.

Insgesamt sprechen diese Punkte viel eher für ein Verbot des Drogenkonsums, als dagegen. Bestärkend wirken muss zudem die Tatsache, dass illegale Drogen, wie schon der Name sagt, von rechtsstaatlicher Seite her sowieso verboten sind, und nur der Konsum und der Besitz geringer Mengen, geduldet wird.

Im zweiten Abschnitt stehen die möglichen Konsequenzen betrieblichen Drogenscreenings, im Mittelpunkt. Entsprechend der eben angewandten Methode wird nun Drogenscreening, als ein Instrument, um die Einhaltung eines betrieblichen Drogenkonsumverbotes zu kontrollieren, untersucht. Es wird dabei die Einhaltung des Drogenkonsumverbotes als das angestrebte Ziel gesetzt, und davon ausgegangen, dass Drogenkonsum mittels Drogenscreening überwacht werden kann.

Zunächst werden, nach dem Folgenabwägungsprinzip, denkbare Folgen betrieblichen Drogenscreenings für Beschäftigte bzw. Bewerber, erörtert.

Als gravierende, negative Folge betrieblichen Drogenscreenings, droht die Verletzung des Vertrauensverhältnisses zwischen Unternehmensleitung und Betriebsarzt auf der einen, und den Beschäftigten auf der anderen Seite. Drogenscreenings bergen zudem die Gefahr, dass in seltenen Fällen Drogentests falsch-positive Ergebnisse liefern, und daraufhin Beschäftigte zu Unrecht des Drogenkonsums verdächtigt werden.

Im besten Fall dagegen können Drogenscreenings den Drogenkonsum von Beschäftigten aufdecken, und ermöglichen damit, dass dem Betroffenen hinsichtlich eines eventuellen Drogenproblems Hilfe angeboten werden kann. In jedem Fall wird der Betroffene jedoch von der Arbeit freigestellt, was wiederum seiner eigenen und der Sicherheit seiner Arbeitsumwelt zugute kommt. Ein drogennegativer Test dagegen kann entlastend für einen Mitarbeiter wirken, welcher zuvor des Drogenkonsums verdächtigt wurde.

Werden in Unternehmen dagegen keine Drogenscreenings durchgeführt, so kann im schlimmsten Fall ein bestehender Drogenkonsum von Mitarbeitern unbemerkt bleiben. Die bestehenden Drogenprobleme des Betroffenen können durch ein Nichteingreifen bestehen bleiben oder sich verstärken und durch plötzliche, drogenbedingte Verhaltensentgleisungen am Arbeitsplatz zu Unfällen mit schwerwiegenden Folgen führen. Im besten Fall dagegen, schon das Unterlassen von Drogentestungen das Vertrauen der Arbeitnehmer gegenüber dem Betriebsarzt und der Geschäftsleitung.

Das Nachhaltigkeitsprinzip wird, wie durch das Drogenkonsumverbot im letzten Abschnitt, auch durch die Einführung von betrieblichem Drogenscreening nicht verletzt, da auch ein im Unternehmen begonnenes Drogenscreeningprogramm wieder aufgegeben werden kann.

Allerdings wird hierbei der Umgang mit den Ergebnissen der Drogenscreenings außer Acht gelassen. Dieser birgt Gefahren, die oft irreversibel sind. So kann die Entlassung bzw. Beschämung eines Arbeitnehmers oft nicht rückgängig gemacht werden. Der Aspekt des Umgangs mit den Ergebnissen wird später noch gesondert erörtert.

Im letzten Untersuchungsschritt wird die, zu Beginn des Abschnitts aufgestellte Hypothese „Drogenscreening kann dazu beitragen, betrieblichen Drogenkonsum zu kontrollieren“, überprüft. Wie die erste Hypothese, so kann auch diese nicht widerlegt werden. In den vorangehenden Abschnitten von 4.2.2. zu den Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings, wurde bereits an Hand von Beispielen deutlich gemacht, dass Drogenuntersuchungen maßgeblich dazu beitragen können, den Drogenkonsum in Unternehmen zu senken, wobei die Größe des Effekts von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird.

Zusammenfassend lässt sich für diesen Abschnitt sagen, dass Drogenscreeninguntersuchungen erstens grundsätzlich dazu geeignet sind, den Drogenkonsum von Personen zu überwachen und aufzudecken. Zweitens erfüllt die Durchführung von betrieblichem Drogenscreening die Forderung nach Nachhaltigkeit, indem die Drogenscreeningprogramme jederzeit wieder aufgegeben werden können. Und drittens zeigt sich bei der Folgenabwägung, dass es, im Hinblick auf die Folgen, besser ist, ein Drogenscreening durchzuführen, als dieses zu unterlassen.

Somit überwiegen nach der Untersuchung gemäß der drei Untersuchungsprinzipien, deutlich die Argumente, welche für die Durchführung von betrieblichem Drogenscreening stehen.

Zum Schluss werden noch die Folgen von Drogentestergebnissen für die betroffenen Arbeitnehmer in Augenschein genommen. Mittels der Drogentests werden drogenpositive oder – negative Ergebnisse ermittelt, welche dann im Sinne des Zieles eines drogenfreien Arbeitsplatzes verwendet werden und folglich für die Betroffenen entsprechende Konsequenzen haben.

Bei der Folgenabwägung werden drei verschiedene Fälle berücksichtigt. Zum einen die Möglichkeit, dass ein Drogentest entweder positiv oder negativ ausfällt und zum anderen, dass kein Test durchgeführt wird und folglich auch kein Ergebnis erwirkt wird.

Ein positives und auch ein falsch-positives Testergebnis kann weitreichende Konsequenzen für den Getesteten haben. Im besten Fall wird z. B. ein im Einstellungsscreen positiv getesteter, junger Cannabiskonsument, trotz des Ergebnisses, sozusagen „auf Bewährung“ eingestellt. Oder ein bereits Beschäftigter mit positivem Test, kann seine Arbeitsstelle behalten, unter der Auflage, entsprechende Hilfsmaßnahmen zu nutzen und damit über einen bestimmten Zeitraum ganz von den Drogen loszukommen. Unter diesen Umständen hat der Drogenkonsumierende zum einen das „Glück“, dass sein Drogenkonsum entdeckt wurde, und er daraufhin Druck und Hilfe bekommt, um von seinem Problem oder seiner Sucht loszukommen, und außerdem kann er, wenn er in der Lage ist, während eines festgesetzten Zeitraums (meist 1 bis 2 Jahre) den Drogengebrauch aufzugeben, weiter im Unternehmen arbeiten.

Im schlimmsten Fall kann ein drogenpositives Testergebnis für den Betroffenen aber auch bedeuten, dass er nicht eingestellt, oder sogar ausgestellt wird, wenn er seinen Drogenkonsum nicht beenden kann. Der genaue Umgang mit drogenkonsumierenden Beschäftigten ist im Arbeitsrecht geregelt und im Kapitel 4.1.3. beschrieben.

Auch bei den drogennegativen Testergebnissen muss daran gedacht werden, dass diese zu einem kleinen Teil fälschlicherweise, trotz vorangegangenen Drogenkonsums der Testperson, zustande kommen. Solche falsch-negativen Ergebnisse können im schlimmsten Fall dazu führen, dass der Drogenkonsum eines Mitarbeiters unentdeckt bleibt und er selbst und seine Umwelt am Arbeitsplatz weiterhin gefährdet sind, z. B. durch Unfälle aufgrund einer drogenbedingten Beeinträchtigung des Betroffenen.

Im Normalfall fällt ein Drogentest jedoch zurecht negativ aus und bezeugt damit, im besten Fall, die Drogenfreiheit des Getesteten.

Die möglichen Konsequenzen, wenn keine Tests durchgeführt, und deswegen keine negativen oder positiven Ergebnisse zur Einschätzung des Drogenkonsums vorliegen, sind folgende: im besten Fall konsumiert der Mitarbeiter keine Drogen, und im schlimmsten Fall tut er dies doch, es wird nicht bemerkt und hat dann möglicherweise drastische Folgen für ihn und andere.

Die Folgen von Drogentestergebnissen reichen weit. Von der Einstellung „unter Vorbehalt“, oder der Ablehnung als Bewerber bei positiven Tests, über die ungerechte Verdächtigung von Personen, nach einem falsch-positiven Test, bis dahin, dass drogenkonsumierende Beschäftigte sich zwischen einer Therapie und dem sofortigen Verlust ihres Arbeitsplatzes entscheiden müssen. In jedem Fall, wird kein weiterer Gebrauch von Drogen bei den Betroffenen geduldet.

All diese Konsequenzen bedeuten zumeist starke Einschnitte für die Betroffenen. Allerdings sind die meisten davon, unter bestimmten Bedingungen, reversibel. Das Beispiel vom Mitarbeiter, der nach einer erfolgreichen Suchttherapie innerhalb eines vereinbarten Zeitraums, seine Arbeit im Unternehmen wieder aufnehmen darf, oder auch der zu Unrecht des Drogengebrauchs Verdächtige, der sich durch ein „klärendes“ Gespräch wieder „reinwaschen“ kann, zeigen dies.

Wenn ein Bewerber allerdings (inoffizieller Weise), wegen eines positiven Drogentests nicht eingestellt wird, so hat er die nächste Chance auf eine erneute Vorstellung im selben Unternehmen meist erst einige Zeit später (z. B., wenn wieder Azubis eingestellt werden).

Insgesamt kann man jedoch davon ausgehen, dass die Folgen, die im Zusammenhang mit Drogentestergebnissen für Beschäftigte entstehen, in weiterer Form rückgängig gemacht werden können.

Zuletzt ist noch die Hypothese, die Erwirkung von Drogenscreeningergebnissen kann maßgeblich dazu beitragen, den Drogenkonsum unter Beschäftigten zu vermindern, zu überprüfen. Wie durch die vorangegangenen Abschnitten zu den Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings unter 4.2.2. belegt wird ist die Aussage richtig. Zwar muss Drogenscreening nicht unmittelbar zu einem Rückgang betrieblichen Drogenkonsums führen, doch es wurde ihm, insbesondere, wenn bestimmte Voraussetzungen, wie unter 4.2.2.2. erörtert, vorliegen, ein hohes, drogenkonsumreduzierendes Potential nachgewiesen.

5. Diskussion der Ergebnisse

5.1. Bedeutung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt Deutschlands

Im vorangegangenen „Ergebnis“- Kapitel wurden detailliert die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen dem Drogenkonsum von Beschäftigten und der Arbeitswelt geschildert. Während der Beleuchtung der einzelnen Teilaspekte wurde immer wieder deutlich, dass vom Drogenkonsum Beschäftigter erhebliche Gefahren und Nachteile für die Betroffenen selbst sowie das betriebliche Umfeld und das Unternehmen ausgehen können.

In der anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse noch einmal kritisch betrachtet.

5.1.1. Drogenkonsumverhalten von Beschäftigten in Deutschland

Hinsichtlich der zahlenmäßigen Verbreitung des Drogenkonsums in der Arbeitswelt muss davon ausgegangen werden, dass ca. 6 % der Beschäftigten regelmäßig Drogen konsumieren.

Den Großteil dieser machen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus. Der gelegentliche Drogenkonsum bzw. das Ausprobieren von Drogen steht im Vordergrund. In der Beliebtheitsskala der Drogen mit Abstand an erster Stelle steht Cannabis. Es folgen die Amphetamine.

Die harten Drogen wie Heroin und Opiate liegen, was die Konsumentenzahlen angeht, weit hinter Cannabis und Amphetaminen. Allerdings bedürfen ihre Konsumenten aufgrund der Folgeschwere des Konsums, im Sinne langfristiger Beeinträchtigungen durch die Sucht, Problemen wie Beschaffungskriminalität usw. besondere Beachtung.

Entsprechend der Entwicklung im Drogenkonsum während der letzten Jahre, wird für die kommende Zeit eine weiter ansteigende Tendenz in der Verbreitung des Drogenkonsums erwartet. Für die Altersstruktur der Drogenkonsumenten und die bevorzugten Drogenstoffe dürfte weiterhin gelten, was die Beobachtungen der letzten Jahre zeigten.

Ob die erwartete Entwicklung tatsächlich eintritt, wird sich erst während der kommenden Jahre zeigen müssen.

5.1.2. Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Arbeitswelt

5.1.2.1. Beeinflussung der psychophysischen Leistungsfähigkeit durch Drogen

Die wichtigste Frage im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum von Beschäftigten ist, inwieweit der Genuss von Drogen die betroffene Personen beeinflusst. Dass dies nicht genau bestimmt werden kann, wurde beschrieben. Verschiedene Faktoren, welche in Kapitel 4.1.2.2.3 aufgezeigt wurden, machen es bis heute unmöglich, die Auswirkung, welche eine bestimmte Droge auf den Konsumenten haben wird, vorherzusagen.

Auch der Nachweis einer bestimmten Drogenstoffkonzentration im Blut oder einem anderen Körpermedium des Untersuchten kann nur den stattgehabten Drogenkonsum und dessen ungefähren Zeitpunkt bezeugen, Aussagen darüber, in welcher Weise und wie lange sich die Drogenbeeinflussung bei der Person auswirkt, lassen sich nicht machen. Ebenso wenig lassen sich die chronischen Veränderungen in der Persönlichkeit von Konsumenten nach Drogenkonsum und die Entzugerscheinungen bei Abhängigen einschätzen.

Nicht nur leistungsmindernde, sondern durchaus häufig stimulierende Wirkung geht von Drogen aus. Die deswegen auch als Stimulantien bezeichneten Drogenstoffe, darunter z. B. Ecstasy, Amphetamine und Kokain sind bekannt für ihre aufputschende Wirkung. Sie verbessern zunächst sogar die psychologische Informationsverarbeitung des Konsumenten, nach Abklingen dieser Auswirkung kommt es jedoch zur nachhaltigen Störung der Wahrnehmung, Reaktion usw.

Die Tatsache, dass Drogen den Konsumenten psychisch und physisch beeinflussen, ist unbestritten. In einer Untersuchung an Berufspiloten wurde eindrucksvoll die Relevanz der Drogenspätwirkungen deutlich. Insbesondere diese werden von den Betroffenen und der Umwelt so gut wie gar nicht wahrgenommen, aber auch akute Drogenbeeinflussung wird oft von den Mitmenschen des Konsumenten nicht erkannt, was wiederum die davon ausgehende Gefahr, insbesondere für die Arbeitssicherheit potenziert.

5.1.2.2. Drogenkonsum und Arbeitssicherheit

Von jeglichem Drogenkonsum kann, durch die verschiedenartigen Drogenwirkungen, auf die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit, Gefahr für die Arbeitssicherheit ausgehen. Studien aus den USA belegten dies, indem sie einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Drogenkonsum von Beschäftigten und dem Vorkommen von Arbeitsplatzunfällen herstellten.

Eine Gefährdung der Arbeitssicherheit durch Drogenkonsum ist besonders dort zu erwarten, wo die Arbeit ein hohes Maß an Konzentration und Reaktionsvermögen verlangt und Fehler außerdem schwerwiegende Folgen für die Sicherheit des Betroffenen, seiner Arbeits- oder sogar der weiteren Umwelt mit sich bringen können, wie z. B. beim Führen eines Busses, Arbeiten an der Messwarte, an sicherheitsrelevanten Positionen in Chemieunternehmen, Kernkraftwerken, usw.

Durch die fortschreitende Technisierung der Arbeitsabläufe entstehen immer mehr Arbeitsplätze, an denen genannte hohe Anforderungen an die psychophysische Leistungsfähigkeit des einzelnen Arbeitnehmers gestellt werden, weswegen eine Sensibilisierung für das Sicherheitsrisiko, welches von drogenbeeinträchtigten Personen

ausgeht, notwendig ist. Parallel dazu muss aber auch beachtet werden, dass nicht an jedem Arbeitsplatz die gleich große Gefährdung von einem Drogenkonsumenten ausgeht, und dass auch von den verschiedenen Drogenkonsumenten selbst sehr unterschiedliche Gefahr ausgeht, je nach den Konsumgewohnheiten und den individuellen Faktoren des Einzelnen. Diese unterschiedlichen Reaktionen nach Drogenkonsum lassen sich jedoch bislang nicht vorhersagen, noch werden sie von der Umwelt oder den Betroffenen selbst richtig eingeschätzt, wie oben bereits dargestellt.

5.1.2.3. Drogenkonsum und Produktivität

Bei den Überlegungen, wie sich Drogenkonsum unter Mitarbeitern auf die Produktivität eines Unternehmens auswirkt, kommt man zu gegensätzlichen Ergebnissen, was auch darauf beruht, dass schon die Bezeichnung „Drogen“ ganz verschiedenartige Substanzen mit teilweise gegensätzlichen Wirkeigenschaften vereint.

Im Vordergrund der Betrachtung stehen dabei zwar die „schlechten“, leistungsmindernden Eigenschaften, die z. B. bei Cannabiskonsumenten eine „Null-Bock“-Stimmung verstärken, das Denken verlangsamen oder die Aggressivität fördern. Andererseits werden Drogen aber auch gerade dann von Personen genommen, wenn diese ihre Kreativität besonders fördern (eine Vielzahl von bekannten Künstlern nutzten z. B. Die Wirkung von Kokain, Alkohol oder anderem, für ihre Arbeit) oder ihre Leistungsfähigkeit über das normale Maß hinaus steigern wollen, z. B. weil sie unter Bedingungen arbeiten, bei denen sie ständig an die Grenzen ihrer Kräfte stoßen. In solchen Fällen können Drogen, indem sie die Leistungsfähigkeit des Arbeitenden erhöhen und verlängern, durchaus dessen Produktivität steigern. Die Kehrseite besteht darin, dass sich dies nicht endlos fortsetzen lässt. Vielmehr tritt durch den Drogenkonsum mit Verzögerung eine umso größere Erschöpfung des Betroffenen ein, die bis hin zu schweren gesundheitlichen Einbußen führen kann.

Trotz der kurzzeitig leistungsfördernden Auswirkungen mancher Drogen überwiegen langfristig meistens die schädlichen Folgen. Diese äußern sich häufig in einer verschlechterten Arbeitsmoral, führen durch Fehlleistungen zu Qualitätsminderungen in der Produktion, zu einem erhöhten Krankheits- und Unfallvorkommen, zu erhöhten Fehlzeiten u. a. m. Untersuchungen aus den USA bestätigten diese Erfahrungen und wiesen erhebliche finanzielle Nachteile für Unternehmen durch den Drogenkonsum ihrer Beschäftigten nach (siehe 4.1.2.2.1.).

5.1.3. Rechtliche Aspekte zum Drogenkonsum am Arbeitsplatz

Von Rechts wegen müssen sowohl der Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmer dafür Sorge tragen, dass Beschäftigte, welche infolge des Genusses berauschender Mittel nicht mehr in der Lage sind, ihre Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, keine Arbeiten im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses ausführen. In diesem Sinne ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsfähigkeit seiner Beschäftigten zu kontrollieren. Unklarheit besteht in diesem Zusammenhang beim Verständnis des Begriffes der „Arbeitsunfähigkeit“ und darin, wie sich diese feststellen lässt. Die Frage, wann ein Beschäftigter als nicht mehr arbeitsfähig anzusehen ist, wird durch die arbeitsrechtlichen Gesetzesregelungen nicht genau beantwortet. Es wird dort nur gesagt, dass ein Beschäftigter, welcher aufgrund seiner Berausung nicht mehr fähig ist, seine Arbeit ohne Gefährdung der eigenen und der Sicherheit des Arbeitsumfeldes und der Umwelt auszuüben, bis zum vollständigen Abklingen der Drogenwirkung von der Arbeit freigestellt werden muss.

Dabei werden allerdings nicht die möglicher Weise ebenso starken Beeinträchtigungen im Rahmen von Entzugerscheinungen berücksichtigt.

Wann ein Beschäftigter seine Arbeit nicht mehr ohne Gefährdung der Arbeitssicherheit ausüben kann, dürfte neben dem Grad der Berausung (bzw. des Entzuges) auch wesentlich von der Art der Arbeitstätigkeit und den damit verbundenen Anforderungen an Konzentration, Reaktionsvermögen usw. abhängen. So geht z. B. von einem unter Drogen stehenden Flugzeugpilot im Normalfall eine höhere Gefährdung der Arbeitssicherheit aus, als von einem vergleichbar berauschten Bäckereiverkäufer.

Im Arbeitsrecht wird nicht dazu Stellung genommen, wie die Beeinträchtigung des Arbeitnehmers durch Drogenkonsum objektiviert werden soll, vielmehr steht fest, dass Arbeitnehmer grundsätzlich nicht dazu verpflichtet werden können, an arbeitsmedizinischen Untersuchungen teilzunehmen. So also auch nicht zur Abklärung einer vermeintlichen Drogenbeeinflussung bzw. deren Schweregrad.

Wird ein Beschäftigter aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten verdächtigt, Drogen konsumiert zu haben, so kann er gebeten werden, zur Klärung des Sachverhaltes, sich einer arbeitsmedizinischen Untersuchungen mit Drogenscreening zu unterziehen. Die Teilnahme an einer solchen Untersuchung kann allerdings nur bei freiwilliger Zustimmung des Betroffenen erfolgen. Somit beschränken sich die Möglichkeiten, die Drogenbeeinflussung von Beschäftigten aufzudecken, hauptsächlich auf die Beobachtung von möglicher Weise gebotenen Verhaltensauffälligkeiten der Drogenkonsumenten.

Nur für ausgewählte, „besonders sicherheitsrelevante“ Arbeitsplätze gelten spezielle Regelungen nach welchen die dort Beschäftigten sich regelmäßig arbeitsmedizinischen Untersuchungen, welche auch Drogenscreening beinhalten, unterziehen müssen. Kommt es in diesem Rahmen bei einem Beschäftigten zu einem drogenpositiven Testergebnis, wird der Betroffene, unabhängig davon, ob bei ihm eine drogenbedingte Leistungsminderung erkennbar ist, oder nicht, aufgrund des stattgehabten Drogenkonsums verwarnt oder sogar bis zur Wiedererlangung der Drogenfreiheit von der Arbeit freigestellt.

Für den Großteil der Beschäftigten, welche nicht zum Drogenscreening verpflichtet werden können, gilt ebenso die Freistellung von der Arbeit bis zum vollständigen Nachlassen der vermuteten Drogenwirkung.

Wie in den Fällen vorgegangen werden muss, in denen Verhaltensauffälligkeiten bestehen, welche nachweislich nicht im direkten Zusammenhang mit einer Drogenbeeinflussung stehen, sondern vermuteter Maßen mit Entzugserscheinungen, ist ebenso nicht geklärt.

Es dürfte beim Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit wiederum zur Freistellung der Person kommen. Weiterhin muss der Arbeitgeber dahingehend auf den Arbeitnehmer einwirken, dass dieser den Drogenkonsum aufgibt, wenn notwendig unter Inanspruchnahme fachlicher Hilfe.

Der Drogensüchtige wird durch das Arbeitsrecht wie jeder andere kranke Arbeitnehmer behandelt.

5.2. Bedeutung des betrieblichen Drogenscreenings

Das zweite zentrale Anliegen der Arbeit bestand in der Erörterung der Frage, ob Drogenscreening ein geeignetes Instrument darstellt, betrieblichen Drogenkonsum zu kontrollieren.

Die in den vorangegangenen Kapiteln der Arbeit diesbezüglich dargestellten Gesichtspunkte unterstützen mehrheitlich die These, dass Drogenscreening geeignet ist, den Drogenkonsum unter Beschäftigten aufzudecken und zu vermindern.

Im Folgenden soll diese Behauptung anhand dreier wesentlicher Punkte überprüft werden. Im Einzelnen interessieren dabei die Einsatzmöglichkeiten von Drogenscreening in Unternehmen, die technische Qualität und Praktikabilität von Drogentests und die möglichen Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings.

5.2.1. Betriebliches Drogenscreening im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten

Bezüglich der Einsatzmöglichkeiten von Drogenscreening in Betrieben wurde deutlich, dass diese bisher stark eingeschränkt sind. Grund dafür liegt in der Gesetzesgrundlage, welche stark die individuellen Arbeitnehmerrechte betont.

So ist Drogenscreening, ebenso wie andere arbeitsmedizinische Untersuchungen, im Rahmen der Einstellung von Arbeitsplatzbewerbern, nach beobachteten Verhaltensauffälligkeiten eines Mitarbeiters, nach Betriebsunfällen und in wenigen, definierten, sicherheitsrelevanten Arbeitsbereichen erlaubt.

In Letzteren sind arbeitsmedizinische Untersuchungen und damit auch Drogenscreening nach dem Zufallsprinzip, bei der Versetzung in eine solche Position, oder nach anderen, geregelten Verfahrensweisen möglich. Drogenscreenings können in diesen ausgewählten, wenigen Bereichen vom Arbeitnehmer eingefordert werden. Im Gegensatz dazu ist in jedem anderen Arbeitsbereich nur mit freiwilliger Teilnahme dessen Testung möglich. Die Praxis zeigt, dass diese Einschränkungen häufig dem effektiven Handeln im Sinne der Erwirkung von Drogenfreiheit unter den Beschäftigten entgegen stehen. Kann bei einem Beschäftigten, welcher verhaltensauffällig aufgrund seiner Drogenbeeinflussung wurde, beispielsweise kein Drogenscreening durchgeführt werden, weil der Betroffene sein Einverständnis dazu nicht gibt, dann bleibt dem Arbeitgeber lediglich, ihn, gemäß seiner Pflicht, von der Arbeit freizustellen. Wann der auffällig Gewordene wieder beschäftigt werden darf, ist in keiner Weise geregelt. Hier könnten durchgeführte Drogenscreens Klarheit über einen stattgehabten Drogenkonsum bzw. die Drogenfreiheit geben. Die Begrenzung der sicherheitsrelevanten Arbeitsbereiche auf bestimmte Berufsgruppen entspricht heute nicht mehr dem tatsächlichen Vorkommen von gefahrenträchtigen Arbeitsplätzen. Mit der Zunahme der Technisierung und Automatisierung wuchsen in vielen Arbeitsbereichen die Anforderungen an die Konzentrations- und Koordinationsfähigkeit der Beschäftigten.

Außerdem mangelhaft ist bisher der inkonsequente Umgang mit Gesetzesvorgaben wie beim Einstellungsdrogenscreening. Die rechtliche Bestimmung, dass Einstellungstests nur auf, für den Bewerber, freiwilliger Basis durchgeführt werden dürfen, kann nicht verhindern, dass diejenigen, welche sich nicht testen lassen, oder deren Test drogenpositiv ausfällt, aus diesen Gründen nicht eingestellt werden.

Wie ein verantwortungsvoller Umgang mit Einstellungstests möglich ist, zeigt das Beispiel mancher Unternehmen, welche nach positiven Einstellungstests, v. a. unter Azubis, eine Einstellung nicht gleich unterlassen, sondern, diese mit der Auflage verbinden, dass die Betroffenen in späteren Tests ihre Drogenfreiheit beweisen.

5.2.2. Auswirkungen betrieblichen Drogenscreenings

In Kapitel vier wurden ausführlich die Folgen betrieblichen Drogenscreenings für Arbeitnehmer, Unternehmen und für den Arbeitsmarkt erörtert. Angeführte Studien bestätigten die Wirksamkeit von Drogenscreeningprogrammen, den Drogenkonsum unter Beschäftigten zu senken.

Zum einen führte bereits die Angst vor, oder tatsächliche Sanktionen, im Zusammenhang mit drogenpositiven Tests dazu, dass weniger Drogenkonsumenten im Unternehmen eingestellt werden.

So werden beispielsweise nach positiven Einstellungsdrogentests häufig Bewerber nicht mehr in die engere Bewerberauswahl gelangen, bzw. lassen sich viele drogenkonsumierende Arbeitssuchende von vornherein vor einer Bewerbung in einem testenden Unternehmen abschrecken. Zum anderen können Arbeitnehmer oder Bewerber, deren Drogenkonsum aufgedeckt wurde, von Unternehmensseite dahingehend bewegt werden, den Drogenkonsum aufzugeben, um den Arbeitsplatz zu behalten.

Hier kommt den Unternehmen eine besondere Möglichkeit der erzieherischen Einwirkung zu. Während von Seiten der Angehörigen und Freunde der Drogenkonsum einer Person häufig toleriert, bzw. aus Unwissen oder Ohnmacht heraus geduldet oder nicht verhindert werden kann, kann ein Unternehmen, welches darauf vorbereitet ist, leichter erzieherische Maßnahmen ergreifen. Das Druckmittel, welches dem Arbeitgeber zur Verfügung steht, nämlich der Verlust des Arbeitsplatzes für den Beschäftigten, welcher seinen Drogenkonsum, auch nicht im Rahmen eines festgelegten Zeitraumes, aufgeben kann oder will, ist stark. Weiter kann in dem Rahmen, in dem der Drogenkonsum von Beschäftigten aufgedeckt wird, bei Bedarf auch Hilfe zur Bewältigung eines Suchtproblems gegeben werden. Die unmittelbaren, positiven Auswirkungen von Drogenscreening zeigen sich vor allem im Rückgang der betrieblichen Unfallrate und der krankheitsbedingten Kosten durch Drogenkonsumenten. Außerdem kann, zwar in geringerem Umfang, erwartet werden, dass es im Zusammenhang mit einem rückläufigen Drogenkonsum im Unternehmen, auch zu einer Abnahme produktionsstörender Faktoren, wie Zu- spät- Kommen, Motivationsmangel usw. kommt.

Unternehmen, welche sich dazu entschließen, ganzheitliche Drogen- bzw. Suchthilfeprogramme, mit präventivem Anteil, Schulung der Vorgesetzten bezüglich des Umgangs mit betroffenen Mitarbeitern und entsprechenden Hilfsangebote für Beschäftigte mit einem Drogen- oder Suchtproblem, einzuführen, profitieren auch in anderer Hinsicht.

Ganzheitliche Programme beinhalten als wichtigen Punkt den Aufbau bzw. Ausbau einer entsprechenden Kommunikationsstruktur im Unternehmen. Aus diesem Grund werden unter anderem die Kommunikationsfähigkeiten und Führungskompetenzen der Vorgesetzten ausgebildet. Ziel ist, dadurch eine bessere Zusammenarbeit und Problemlösung im Unternehmen zu ermöglichen. Auch eine Sensibilisierung für eine allgemeine gegenseitige Fürsorge am Arbeitsplatz findet statt. Es besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Behandlung des betrieblichen Drogenproblems, auch Hilfsmaßnahmen bei Alkoholkrankheit und weiteren psychosozialen Problemen anzubieten oder zu vermitteln.

Von Seiten der Arbeitnehmer werden Kontrollmaßnahmen am Arbeitsplatz jedoch grundsätzlich eher abgelehnt. Insbesondere dann, wenn diese mit einem Eindringen in die Privatsphäre verbunden sind, wie beim Drogenscreening, welches auch Auskunft über den in der Freizeit stattgehabten Drogenkonsum, gibt. Zudem werden die Folgen positiver Drogentestergebnisse gefürchtet.

Um der Entstehung von Misstrauen, Ärger und Angst bezüglich des betrieblichen Drogenscreening und seinen Folgen entgegenzuwirken, bedarf es eines behutsamen, überlegten Vorgehens.

Damit Drogenscreening bei Beschäftigten Akzeptanz findet, muss es in ein entsprechendes Gesamtkonzept eingebettet sein. Dieses beinhaltet die Aufklärung der Mitarbeiter sowohl über den Sinn und die Notwendigkeit der Kontrollmaßnahmen, die Durchführung des Drogenscreenings, als auch die Rechte der Betroffenen bezüglich der Anfechtung von Testergebnissen. Außerdem bietet es konkrete Hilfe zur Bewältigung eines Suchtproblems und Bedingungen an, unter welchen der Beschäftigte seinen Arbeitsplatz langfristig behalten kann

6. Schlussfolgerungen

Der betriebliche Drogenkonsum stellt ein wachsendes Problem, insbesondere für die Arbeitssicherheit und Produktivität in Unternehmen dar. Bezüglich dieses Problems besteht Handlungsbedarf.

Für die Arbeitgeber bedeutet dies, dass sie in den Unternehmen Rahmenbedingungen schaffen sollten, welche die Drogenfreiheit von Beschäftigten begünstigen und herbeiführen. Als vorrangig zu sehen ist dabei der Aufbau von Kommunikationsstrukturen zur Optimierung der Verständigung zwischen allen Ebenen im Unternehmen. Durch die Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses, des Erkennens von Missständen, usw. tragen sie grundlegend zur Entstehung einer gesunden Unternehmenskultur bei.

Unter den spezifischeren Maßnahmen zur Senkung des betrieblichen Drogenkonsums stellen die allgemeinen Drogenhilfeprogramme, in deren Rahmen Aufklärungsarbeit geleistet und konkrete Hilfsangebote vermittelt werden, die Basis dar.

Außerdem bedarf es, zur Objektivierung des Drogenkonsums von Beschäftigten, der Kontrollinstrumente. In diesem Sinne befasste sich die Arbeit eingehend mit dem betrieblichen Drogenscreening, welches sich als geeignetes Instrument zeigte, um den stattgehabten Drogenkonsum von Personen nachzuweisen. Alternativ bzw. ergänzend, ist der Einsatz von Leistungstests, zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten, empfehlenswert. Dieser ist in Unternehmen in Deutschland bislang nicht üblich.

Um die beiden genannten Methoden sinnvoll zur Kontrolle des betrieblichen Drogenkonsums einsetzen zu können, müssen die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Umgang mit Drogenkonsumenten am Arbeitsplatz erweitert und präzisiert werden.

Insbesondere notwendig ist die Klärung der Fragen, wann genau eine Person als nicht mehr arbeitsfähig gilt und, wie dies überprüft werden soll. Außerdem wäre eine Ausweitung der bestehenden Durchführungsmöglichkeiten für arbeitsmedizinische Untersuchungen wünschenswert. Dies wiederum entspräche der Neugewichtung des Persönlichkeitsrechts des Einzelnen, welches bislang stark betont wird, gegenüber dem Allgemeinwohl mit der Arbeitssicherheit.

Konkret sollte für die Beschäftigten aller Arbeitsbereiche, unter festgelegten Voraussetzungen, wie z. B. bei Verdacht auf eine Drogenbeeinflussung und vor Wiederaufnahme der Arbeit nach drogenbedingter Freistellung von der Arbeit, die Mitwirkungspflicht an arbeitsmedizinischen Untersuchungen eingeführt werden. Und die Gruppe der besonders sicherheitsrelevanten Arbeitsbereiche, für welche bereits Vorschriften bezüglich arbeitsmedizinischer Untersuchungen bestehen, sollte um die noch fehlenden, ebenso sicherheitsrelevanten Arbeitsplätze ergänzt werden. Abgesehen von der Berücksichtigung der Rechtsvorschriften sollte jeder Arbeitgeber die drogenpolitischen Maßnahmen an der Situation im eigenen Unternehmen und den sich daraus ergebenden Notwendigkeiten, orientieren.

Literatur- und Quellenverzeichnis

American Management Association: 1996 AMA Survey. Workplace Drug Testing and Drug Abuse Policies. Summary of Key Findings. American Management Association, New York, 1996, S. 1-2.

Bennett N, Blum TC and Roman PM (1994): Presence of drug screening and employee assistance programs: exclusive and inclusive human resource management practices. Journal of Organizational Behavior 15(15): 549-560.

Breitstadt R und Meyer G (1998): Drogenkonsumenten als Sicherheitsrisiko am Arbeitsplatz. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 33(10): 468-469.

Broadwell DK (1994): The Evolution of Workplace Drug Screening: A Medical Review Officer's Perspective. The Journal of Law, Medicine and Ethics, 22(3): 240-245.

Bush DM and Autry JH (2002): Substance abuse in the workplace: epidemiology, effects and industry Response. Occupational Medicine 17(1): 13-25.

Cropanzano R and Konovsky M (1995): Resolving the justice dilemma by improving the outcomes: the case of employee drug screening. Journal of Business and Psychology, 10(2): 221-243.

Curran VH and Travill RA (1997): Mood and cognitive effects of +/- 3,4-methylene-dioxymethamphetamine (MDMA) "ecstasy": week-end "high" followed by mid-week "low". Addiction 92(7): 821-831.

DEA (U.S. Drug Enforcement Administration): Compliance with Federal and State Mandates.
<http://www.health.org/workplace/dwp/dwpl.aspx> , 10.08.2006.

Digel W und Kwiatkowski G (Hrsg.): Meyers Grosses Taschenlexikon in 24 Bänden,
Bd. 18. Pto- Ross., 1992, S. 109, Stichwort „Rauschgifte“.

Fleck J: Betrieblicher Umgang mit Konsumenten „illegaler Drogen“ in der Arbeitswelt –
Rechtliche Aspekte. In: Büro für Suchtprävention gegen die Suchtgefahren e.V.,
Landesunfallkasse Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Illegale Drogen in der Arbeitswelt.
So. Agentur, Hamburg, 2000, S. 16-17.

French MT, Roebuck MC and Alexandre PK (2004): To test or not to test: do workplace drug
testing programs discourage employee drug use?
Social Science Research 33(1): 45-63.

Gerber J and George S (2002): An assessment of drug testing within the construction industry.
In: Journal of drug education, 32(1): 53-68.

Gerson B and Subramaniam S (1998): Drug Testing as part of the war on drugs.
Clinics in laboratory medicine, 18(4): 781-803.

Hänseler E und Keller H (1994): Charakterisierung von Nachweisgrenzen, Messgrenzen und
analytischer Sensitivität mittels eines neu standardisierten Verfahrens.
Lab.med. 32(18): 260-264.

Hagemann P und Siegrist M(1990): Verfälschungsstoffe beim Drogennachweis.

Lab.med. 28(14): 116-120.

Hayke HV(1991): "Anti-drug programs in the workplace: are they here to stay?"

Monthly Labor Review. US Bureau of Labor Statistics, 114(4): 26-29.

Henkel D: Zur Geschichte und Zukunft des Zusammenhangs von Sucht und Arbeit. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Arbeit - Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2001, S. 9-30.

Hess P: Zur Pharmakologie von MDMA. In: Weigle C und Rippchen R: MDMA, die psychoaktive Substanz für Therapie, Ritual und Rekreation. Der grüne Zweig 103, Werner Pieper's MedienXperimente & Nachschattenverlag, Löhrbach, 1992, S. 46-54.

Hildebrandt H (Hrsg.): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 258. Aufl.- Berlin: de Gruyter, S. 191, Stichworte „Betäubungsmittel“ und „Betäubungsmittelgesetz“.

Jupp J und Hammer C: Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Richard Boorberg Verlag, 7. Auflage, 2002, S. 27-47.

Kaatsch HJ (1990): Asservate und klinische Interpretation. Rechtsprobleme im Bereich „Klinisch-toxikologische Analytik“. Toxichem+Krimtech (T+K) 57: 99-110.

Kauert G, Breitstadt R und Falke W (1998): Toxikologisch-medizinische Aspekte des Drogenkonsums bei Steuer- und Fahrtätigkeiten.

Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 33(10): 456-461.

Kleinsorge H (1996): Drogenprobleme aus der Sicht des Werksarztes – Fallbeispiel.
psycho 22(7): 522-526.

Kleinsorge H (1997): Drogen und Arbeitsplatz.

Der Bay. Int. (DBI) 17: 304-309.

Kleinsorge H: Diagnosestellung bei drogenbedingten Verhaltensauffälligkeiten. In: Triebig G (Hrsg.): Arbeitsmedizin: Handbuch für Theorie und Praxis. S. 905-910.1. Auflage, Gentner, Stuttgart 2003.

Lange WR, Cabanilla BR, Moler G, Bernacki E and Frankenfield DL (1994):

Preemployment Drug Screening at the Johns Hopkins Hospital, 1989 and 1991.

American Journal Of Drug And Alcohol Abuse, 20(1): 35-46.

Martz W(1997): Untersuchungen zu propagierten Methoden der Urinverfälschung vor dem Drogentest. Toxichem+Krimtech (T+K) 64(3): 88-94.

Meyer G und Schack A: Arbeitsschutz- und arbeitsrechtliche Perspektiven des Konsums illegaler Drogen aus der Sicht der Sozialpartner der chemischen Industrie. In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)(Hrsg.): BGZ-Report 1/1998 „Gefährdung der Sicherheit durch den Konsum illegaler Drogen“, S. 53-65.

Möller MR: Methoden der Drogentestung. In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (Hrsg.): BGZ-Report 1/1998 „Gefährdung der Sicherheit durch den Konsum illegaler Drogen“, S. 74-81.

Nadell BJ: “Is your corporate culture on drugs ?” In: Occupational Health and Safety, 2002.
<http://www.stevenspublishing.com/stevens/OHSpub.nsf/PubArchive?openview>, 22.8.2006

Ozminkowski Ph (2003): Relationships between urinalysis testing for substance use, medical expenditures, and the occurrence of injuries at a large manufacturing firm.
The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29(1): 151-167.

Panter W: Drogenscreening durch Betriebsärzte (Handhabungen/ Bedingungen/ Konsequenzen). In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (Hrsg.): BGZ-Report 1/1998 „Gefährdung der Sicherheit durch den Konsum illegaler Drogen“, S. 88-94.

Panter W (2002): Drogenkonsum in der Arbeitswelt. Erfahrungen mit dem Drogenscreening.
Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.37(6): 285-290.

Peschke M und Nette A: Konsum illegaler Drogen in der Arbeitswelt.

In: Büro für Suchtprävention gegen die Suchtgefahren e.V., Landesunfallkasse Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Illegale Drogen in der Arbeitswelt. So. Agentur, Hamburg, 2000, S. 14-15.

Grotenhermen und Karus (Hrsg.): Cannabis, Straßenverkehr und Arbeitswelt – Recht, Medizin, Politik. Springer- Verlag, Heidelberg, 2002.

http://www.agsp.de/UB_Forum/Rezensionen/Rezension_34/hauptteil_rezension_34.html,

04.02.2003.

Pütz C: Deutsche Gesetzgebung: In: Ulrich W (Hrsg.): Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs. Berner Lehrmittel- und Medienverlag (BLMV) und Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ ISPA), Bern 2000, S. 266-275.

Rountree P: Drug Testing and Workplace accidents, 2004.

<http://www.aiha.org/aihce04/handouts/rt227routree1.pdf#search=%22aihaorg%20and%20drug%20testing%20and%20workplace%20accidents%22>, 24.08.2006.

Saake KP (1998): Werksärztliche Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen im Betrieb. Hessisches Ärzteblatt 59(2): 44-46.

Sacher F (1994): Reaktionszeit - Reaktionsdauer, Sprachverwirrung und Begriffsmissbrauch. Verkehrsunfall und Fahrzeugtechnik 32(3): 62-66.

SAMHSA: 2002 National Survey on Drug Use and Health: Results

Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Sept. 2003.

<http://oas.samhsa.gov/nhsda/2h2nsduh/Results/2k2Results.htm#toc>, 22.08.2006.

SAMHSA: Employee assistance programs.

<http://www.health.org/workplace/dwp/dwpIII.aspx>, 21.08.2004.

SAMHSA: 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Reversion as of Sept. 2005. Department of Health and Human Services . Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies.

<http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/>, 10.08.2006.

Schütz H: Screening von Drogen und Arzneimitteln mit Immunoassays. Wissenschaftliche Verlagsabteilung Abbott GmbH, Wiesbaden, 1999, S. 11-17, 35-87, 99-197

Shepard EM and Clifton TJ: Drug testing and labor productivity: estimates applying a production functional model. In: Institute of Industrial Relations, Research Paper No. 18, Le Moyne University, Syracuse, NY, 1998.

Simon R, Spickermann M und Farke W: Bericht 2005 des nationalen REITOX Knotenpunkts an die EBDD: Deutschland – Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen - Drogensituation 2004. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction und DBDD (Hrsg.), 2005, S. 17-28.

Simon R, Spiegel H, Hüllinghorst R, Nöcker G und David-Spickermann M:

Bericht des Nationalen REITOX Knotenpunkts für Deutschland an die EBDD: Drogensituation 2001. Deutsche Referenzstelle für die europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), Stand 18.12.2002, S. 19-41, 75-77.

Skopp G, Pötsch L, Becker J, Röhrich J und Mattern R (1998): Zur präanalytischen Phase chemisch-toxikologischer Untersuchungen - Immunchemisches Drogenscreening im Urin – Erkennbarkeit von Manipulationen und Strategien bei rechtsmedizinischer Fragestellung. Rechtsmedizin 8: 163-167.

Tangens R: BigBrotherAwards – Preisträger der Kategorie Arbeitswelt.

<http://www.big-brother-award.de/2002/.work/>, 08.11.2002.

Trice HM and Steele PD (1995): Impairment Testing: Issues and Convergence with Employee Assistance Programs. *Journal Of Drug Issues* 25(2): 471-503.

Ulrich W: Vom Genussmittel zur Droge. In: Ulrich W (Hrsg.): *Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs*, Berner Lehrmittel- und Medienverlag (BLMV) und Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA), 2000, S. 42-43.

Vogt I, Schmid M und Roth M (2000): Crack-Konsum in der Drogenszene in Frankfurt am Main: Ergebnisse empirischer Studien. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 23(2): 5-13.

White T (2003): Drug Testing at Work: Issues and Perspectives.

Substance Use and Misuse 38(11-13): 1891-1902.

Wickizer TM, Kopjar B, Franklin G and Joesch J (2004): Do Drug-Free Workplace Programs Prevent Occupational Injuries ? Evidence from Washington State.

Health Services Research 39(1): 91-110.

Ziegler H: Geschichte und ökonomische Relevanz der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe. In: Schumann G (Hrsg.): *Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe*. Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, 2000, S. 23-31.

Lebenslauf

Name: Barbara Jawork, geb. Blösch

geboren am: 06.04. 1977 in Weißenhorn/ Bayern

Nationalität: deutsch

Familienstand: verheiratet

Schulbildung: 09/ 1983 – 07/ 1987 Grundschule in Weißenhorn
09/ 1987 – 06/ 1996 Nikolaus-Kopernikus-Gymnasium in
Weißenhorn mit abschließendem Abitur

Freiwilliges Soziales Jahr: 09/ 1996 – 08/ 1997 im Seniorenheim der Arbeiterwohlfahrt,
Weißenhorn

Studium: 10/ 1997 – 07/ 2000 Studium der Humanmedizin an der
Universität Ulm
10/ 2000 – 10/ 2002 Fortsetzung des Studiums an der
Friedrich-Schiller-Universität in Jena
10/ 2002 – 04/ 2003 Arbeit an der Promotion
04/ 2003 – 03/ 2004 Praktisches Jahr
05/ 2004 3. Staatsexamen an der Friedrich-Schiller-
Universität Jena

Famulaturen: Chirurgie: Kreiskrankenhaus Weißenhorn
Allgemeinmedizin: Praxis Dr. Eisenmann, Holzheim/ Neu-
Ulm
Anästhesie: Akademia Medyczyna, Danzig, Polen
Innere Medizin: Kreiskrankenhaus Weißenhorn

Praktisches Jahr: Chirurgie: Hôpital Sud-Fribourgeois, Schweiz
Gynäkologie: Hôpital Principal, Dakar, Senegal
Innere Medizin: Katholisches Krankenhaus, Erfurt

Ärztliche Weiterbildung: 01/2005 – 06/2006 im Rahmen der Weiterbildung zur
Fachärztin für Allgemeinmedizin, als
Assistenzärztin tätig in den Fachbereichen
der allgemeinen Inneren Medizin sowie
der Hämatologie, in der „Klinik am
Lerchenberg“ in Zella- Mehli/ Thüringen.

ab 11/ 2006 Assistenzärztin in der kardiologischen
Abteilung des Hufeland-Klinikums Bad
Langensalza

Danksagung

Danken möchte ich meinem Mentor Herrn Prof. Dr. R. Schiele der in mir das Interesse an diesem Thema geweckt hat und mich bei der Erarbeitung der Dissertation unterstützte.

Dank gebührt auch meinem Ehemann Andreas, meiner Familie und Annika Runst für all ihre Geduld und Unterstützung. Ebenso gebührt er all jenen die zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben und nicht genannt wurden.

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena bekannt ist,

- ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir verwendeten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,
- mich Herr Prof. Dr. R. Schiele bei der Wahl und Auswertung des Materials und bei der Erstellung des Manuskripts unterstützt hat,
- die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde,
- Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,
- dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und
- dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule eingereicht habe.

Erfurt, den 30. Oktober 2006

Barbara Jawork